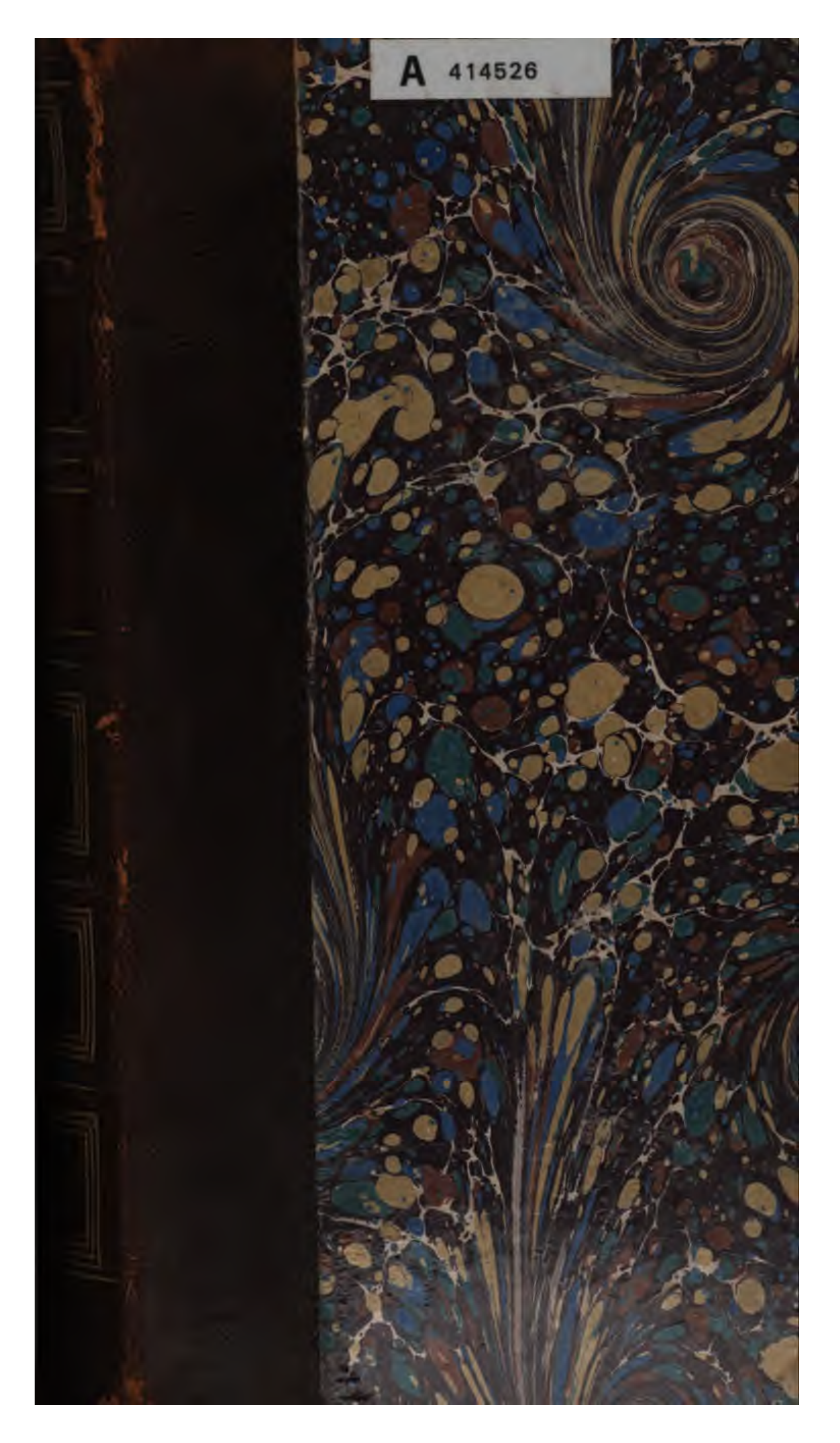



1837
ARTES
SCIENTIA
VERITAS
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY
OF
MICHIGAN
FROM THE
PETER WHITE
FVND


1837
ARTES
SCIENTIA
VERITAS
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY
OF
MICHIGAN
FROM THE
PETER WHITE
FUND

JOURNAL

DES

MALADIES CUTANÉES

ET

SYPHILITIQUES

JOURNAL

DES

MALADIES CUTANÉES

ET

SYPHILITIQUES

JOURNAL
DES
MALADIES CUTANÉES
ET
SYPHILITIQUES

FONDÉ ET PUBLIÉ PAR

Le Docteur Henri FOURNIER

CORRESPONDANTS DU JOURNAL :

MM. CH. AUDRY (Toulouse) — BARATIER (Jeugny) — GEORGES BOGDAN (Jassy) — ALFRED COOPER (Londres) — DUTERTRE (Boulogne-sur-Mer) — FILARETOPOULO (Athènes) — JORGE GODINHO (Montevideo) — LIER (Mexico)— MALHERBE (Nantes) — BOSC (Marseille) — J. MÉNEAU (la Bourboule) — MENAHEM HODARA (Constantinople) — ORBAEK (Copenhague) — HUGH LESLIE ROBERTS (Liverpool)— RAYNAUD (Alger) — SABRAZÈS (Bordeaux) — TAENZER (Brême) TAVERNIER (Lille) — LOUIS TOROK (Budapest).

Secrétaire de la Rédaction : Docteur ALBERT COFFIN.

6me SÉRIE. — TOME XIX
ANNÉE 1908

PARIS
ADMINISTRATION ET RÉDACTION
11, RUE DE LISBONNE, 11

AUX LECTEURS

Le *Journal des maladies cutanées et syphilitiques* reprend avec l'année nouvelle sa publication que j'avais dû interrompre en raison du mauvais état prolongé de ma santé.

Je profite de sa réapparition pour remercier tous ceux de mes fidèles lecteurs qui ont bien voulu, en grand nombre, me sachant obligé de déposer les armes, m'exprimer leurs sympathies et en même temps me faire crédit de leur longue patience.

J'entends bien mériter la continuation de leur bon vouloir en apportant le plus grand soin à la rédaction du journal dont quelques-uns ont bien voulu me dire qu'ils s'en trouvèrent fâcheusement privés et qu'il était devenu pour eux d'une indispensable utilité. Rien ne sera changé à ses dispositions générales, mais je m'efforcerai de donner la plus grande extension à la partie bibliographique qui en a fait jusqu'ici le principal intérêt et qui doit en quelque sorte primer tout l'ensemble.

A notre époque de surproduction, il est devenu impossible de donner l'analyse de tous les articles importants qui sont publiés un peu partout sur les sujets qui intéressent particulièrement notre spécialité et, dans un cadre forcément restreint comme le nôtre, il n'y a place que pour les plus importants d'entre eux. La presse dermato-syphiligraphique est devenue à elle seule si fournie et si compacte que force est bien de se borner à signaler ou à résumer très minutieusement beaucoup de travaux qui mériteraient par leur valeur d'être l'objet de comptes-rendus longs et détaillés.

Mais ce qu'il est permis de promettre, c'est de n'omettre aucun d'eux dans la classification des fiches qui seront, comme

par le passé, groupées d'après leur nature de façon à faciliter au travailleur sa besogne de recherches. Le nombre des rubriques sous lesquelles celui-ci pourra trouver ce qui lui sera de la première utilité pratique sera accru dans la mesure du possible et, comme autrefois encore, il sera aisé de trouver rapidement le groupe d'indications auquel on pourra avoir besoin de recourir à la table spéciale annexée aux tables générales qui figurent à la fin de chaque volume annuel. La présente année comprendra d'ailleurs quelques pages supplémentaires de bibliographie pure afin de combler la lacune créée par la suspension un peu prolongée du journal, et, de ce côté au moins, la publication n'aura pas subi dans son ensemble de véritable interruption. C'est, à mon humble avis, ce qui me paraît le plus important à établir au moment de la renaissance d'un recueil qui, tout modeste qu'il est par lui-même, saura devenir de plus en plus une source d'informations et de documentation.

Si mes lecteurs, maintenant nombreux en France comme au delà des frontières, veulent bien me continuer leur confiance d'autrefois, je me considérerai comme largement dédommagé de la peine que pourra me donner la reprise d'une tâche parfois un peu terre à terre et quelque peu ingrate, et je me réjouirai d'avoir réussi à satisfaire l'intérêt général, qui doit être ici, comme en tant d'autres choses, le premier des stimulants et la plus légitime des préoccupations.

Henri FOURNIER.

N. B. — Avec ce fascicule de janvier 1908 paraissent les tables de la demi-année 1906, et il demeure bien entendu que les anciens abonnés ne doivent pour l'année courante que la moitié du prix d'une année complète.

TRAVAUX ORIGINAUX

CHÉLOIDES D'ORIGINE BROMO-POTASSIQUE ACTION DE LA FIBROLYSINE

Par MM. Constantin et Boyreau.

Voici une observation intéressante d'abord par les dimensions des lésions qu'on y a observées, par leur étiologie tout à fait exceptionnelle, et enfin par les renseignements histologiques qu'elle nous a donnés relativement à la structure du tissu chéloïdien et aux modifications que lui apporte l'action de la fibrolysine.

Rouanet (François), 40 ans, boulanger, entre, le 22 mars 1906 à la clinique des maladies cutanées, salle Saint-Victor, 4.

Père mort à 32 ans de fièvre typhoïde.

Mère, 62 ans, bonne santé habituelle.

Pas de maladie dans son enfance.

A 4 ans, perte de l'œil droit par coup de couteau.

Incontinence nocturne d'urine assez fréquente jusqu'à l'âge de 5 à 6 ans.

A 17 ans, le malade commence à faire quelques excès de boissons (absinthe surtout).

A 18 ans, blennorrhagie ayant laissé une uréthrite rebelle qui se réveille de temps à autre.

Vers l'âge de 12 ou 13 ans, il aurait eu des crises nerveuses, de nature probablement épileptique et qui n'auraient pas tardé à disparaître. Mais ces accidents se manifestent à nouveau, à 19 ans, à la suite d'excès alcooliques. Nocturnes, ces crises s'accompagnent de morsures de la langue, d'inconscience mais non d'émission d'urines. Elles étaient précédées, la veille au soir, d'énervement et d'insomnie jusqu'à une heure très tardive. Elles laissaient le matin au réveil un état d'hébétude et d'abattement très marqués. Elles se répétaient environ tous les trois mois ; dans leur intervalle, dans la journée et survenant à des moments plus ou moins espacés, le malade était pris d'accès de céphalée gravative, occupant le sommet du crâne, d'une durée moyenne d'une heure avec idées obsédantes ordinairement érotiques.

A 22 ans, accès palustres d'un mois, traités par la quinine ; nouveaux accès à 26 ans, pendant deux mois.

Depuis cet âge, il n'y a rien à signaler dans le passé pathologique du malade.

En janvier 1905, à la suite d'une crise analogue à celles décrites, il présente des phénomènes parétiques du membre supérieur droit, de durée éphémère. Soumis à une médication bromurée, il voit apparaître, quelques jours après, une éruption furonculeuse dans la région trochantérienne et aux fesses. Cette éruption dura avec des poussées et des rémissions pendant six mois : lorsqu'elle fut éteinte, le malade vit se former les cicatrices qui existent actuellement.

Etat actuel. — Malade en bon état général, présentant quelques nœvi sur le corps et une cicatrice suspecte sur le fourreau de la verge. Localement, on constate d'abord, dans la région sacrée, s'étendant à peu près symétriquement des deux côtés de la ligne médiane une surface surélevée, rouge clair, sur les parties périphériques, légèrement déprimée et pâlie au centre où elle a un aspect franchement cicatriciel, lisse partout ailleurs et de couleur foncée, accidentée par endroits de petits sillons à direction radiée ; ces sillons deviennent très nombreux sur les bords de la tumeur d'où s'échappent vers la surface cutanée environnante, à la façon de pattes, des prolongements plus ou moins accusés. Le placard est saillant, il s'étend sur les deux fesses occupant dans l'ensemble une largeur de 20 centimètres environ et atteignant une hauteur de 10 centimètres. Il se prolonge en bas vers le pli interfessier, qu'il distend et efface dans sa partie toute postérieure. Ferme, fibreuse, siège d'un léger prurit intermittent, la tumeur est indolore.

Un peu au-dessus et à droite de la surface précédemment décrite, existe une surface cicatricielle ayant au centre une petite chéloïde. Il en existe une autre peu étendue, offrant les mêmes caractères physiques que le grand placard signalé plus haut, dans la région trochantérienne droite. Dans la région trochantérienne gauche, on observe également une tumeur analogue de 5 × 5 centimètres environ, à surface un peu plus tourmentée présentant par endroit l'aspect d'un tourbillon

brusquement figé; ses bords envoient sur la peau d'alentour des prolongements effilés et allongés qui semblent tirer à la fois sur la peau et qui se fronce et sur la tumeur. A côté et un peu en arrière, deux tumeurs identiques, plus petites. On ne constate rien par ailleurs.

24 Mars. — Extirpation de l'une des deux petites chéloïdes gauches.

27 Mars. — Injection de 2 c. c. de fibrolysine dans la grande chéloïde de la région trochantérienne gauche.

28 Mars. — *Idem*.

29 Mars. — *Idem*. La chéloïde semble un peu gonflée.

30 Mars. — *Idem*.

2 Avril.— *Idem*. Apparition de quelques éléments érythémateux autour des chéloïdes manifestement enflammées rendues plus rouges encore et peut être chaudes.

3 Avril. — Accentuation des phénomènes réactionnels. La zone maginale pâle que l'on observait en particulier sur la partie gauche du pourtour de la grande chéloïde est passée au rose. La chéloïde trochantérienne gauche est rouge et tuméfiée à un degré plus accusé que les autres.

4 Avril. — Les injections de fibrolysine (2 cc.) sont faites tous les deux jours, sous-cutanées au pourtour des tumeurs ou bien intrachéloïdiennes. Augmentation des phénomènes inflammatoires. Ces chéloïdes ne deviennent point douloureuses, mais le prurit dont elles étaient le siège est plus marqué.

5 Avril. — Les chéloïdes sont franchement chaudes et ramollies.

9 Avril. — Mêmes modifications. Biopsie.

13 Avril. — Les tumeurs ont pâli, le ramollissement que l'on commençait à observer depuis quelques jours n'a pas sensiblement augmenté, mais permet de plisser légèrement la peau au-dessus des chéloïdes.

28 Avril. — Etat stationnaire. Les chéloïdes apparaissent un peu comme flétries. Le malade ne se plaint d'aucune douleur locale, il affirme que le soir elles sont plus sensibles et il a, alors, la sensation qu'elles ont grossi.

24 Avril. — Les chéloïdes redeviennent rouges comme autrefois.

26 Avril. -- Les tumeurs paraissent reprendre leur ancien

aspect ou du moins ne subir aucune modification importante. La chéloïde extirpée a récidivé.

28 Avril. — Les modifications dues à la fibrolysine ont disparu sans laisser de traces manifestes. Suppression des piqûres. On envoie le malade à la radiothérapie.

Examen histologique. — Deux fragments ont été prélevés au centre même de la tumeur, le premier avant tout traitement, le second, après une série de dix-huit injections de fibrolysine à la périphérie ou à l'intérieur des lésions. Ces fragments ont été traités de façon identique : fixés par le mélange d'alcool acéto-formique de Morel et Dalous, inclus dans la paraffine, colorés par l'hématéine Van Gieson, bleu polychrome, fuchsine résorcine de Weigert, orcéine acide.

Premier fragment. — La tumeur est constituée par d'épais faisceaux connectifs orientés parallèlement à la surface de la peau formés de fibres très faiblement ondulées, serrées les unes contre les autres et de cellules conjonctives. Ce tissu conjonctif ne présente pas de modifications histo-chimiques appréciables ; ses réactions colorantes sont sensiblement normales.

Par contre, on ne trouve pas d'éléments élastiques au sein de ce tissu. La tumeur est peu vasculaire et les quelques vaisseaux que l'on y rencontre sont largement béants, quoique ne contenant pas de sang, et leur endothélium a proliféré. La masse chéloïdienne est recouverte par un épiderme bas, ne présentant pas d'altération. Il est séparé de la tumeur par un derme offrant les particularités suivantes : les papilles sont conservées, mais elles sont très diminuées en hauteur et en largeur ; la charpente conjonctivo élastique du derme est dense et serrée. A mesure que l'on avance vers la limite du tissu néoplasique cette condensation du tissu conjonctif s'accentue en même temps que le réseau élastique devient plus rare ; tous les vaisseaux du derme sont béants, quoique vides.

Second fragment. — La structure générale de la pièce est très analogue et nous n'y reviendrons pas. Nous nous bornerons à signaler les modifications survenues sous l'influence du traitement. Ces modifications portent sur les vaisseaux et sur le tissu conjonctif.

1° Du côté des vaisseaux du derme, on note une prolifération plus marquée de l'endothélium, de la congestion en certains points et surtout, autour de ceux-ci un infiltrat assez abondant de cellules blanches diapédésées, disposées sous forme de manchons périvasculaires.

2° Le tissu conjonctif est le siège d'un œdème généralisé notable, surtout marqué dans le derme.

Quant à la structure de la tumeur elle-même, elle diffère sensiblement de ce qu'elle était dans le premier examen : ses faisceaux conjonctifs sont gonflés et comme soudés les uns aux autres ; en certains endroits, ils ont perdu leur aspect fibrillaire et paraissent formés par une matière amorphe se colorant plus faiblement, quoiqu'avec élection, par les réactifs du tissu conjonctif. On ne trouve pas autour des vaisseaux de la tumeur de traces de diapédèse aussi marquées que dans le derme.

En résumé, chéloïdes multiples dont une énorme développée très probablement sur des lésions causées par le bromure de potassium. On sait que ces éruptions peuvent laisser après elles des lésions difformes, mais on n'en a guère signalé d'aussi considérables. Il n'est pas possible de savoir exactement ce qu'était initialement le placard auquel a succédé la grosse chéloïde de la région sacrée : ulcération ou simple acné. En ce qui touche la structure du néoplasme chéloïdien, on voit que la masse est constituée par du véritable tissu conjonctif adulte et non, à proprement parler, par du fibrome: une telle disposition permet de comprendre pourquoi et comment les modifications physiologiques et anatomiques engendrées dans la tumeur par l'action de la fibrolysine n'ont pas abouti à des résultats réellement efficaces.

Il semble que la fibrolysine donnera des résultats d'autant plus avantageux que les lésions traitées seront plus récentes et ainsi plus éloignées de la terminaison de leur évolution.

HYDROA VACCINIFORME (BAZIN) ET SUMMER ERUPTION (HUTCHINSON).

Par le Dr E. Constantin.

Chef de clinique de dermato-syphiligraphie à l'Université de Toulouse (Professeur Ch. Audry).

« Les facteurs étiologiques des maladies de la peau, à l'ex« ception des parasites et de quelques médicaments suscep« tibles de produire des éruptions, provoquent des résultats « si variables qu'il est exceptionnel de pouvoir assigner une « cause définie à telle ou telle éruption en particulier. » Cette remarque de Radcliff Crocker est encore vraie en ce qui concerne l'action pathogène de la lumière sur la peau.

Les faits cliniques montrent et l'expérimentation confirme que l'action directe des rayons solaires est capable de provoquer chez les individus dont la peau est particulièrement irritable des éruptions de natures très diverses.

Ces éruptions surviennent chez des sujets jeunes, apparaissent pendant la saison chaude, après exposition au soleil, siègent sur les parties découvertes du corps et récidivent chaque année dans les mêmes conditions. Elles présentent une morphologie des plus variables, l'efflorescence est tantôt érythémateuse, papuleuse, papulo-érythémateuse, tantôt vésiculeuse, pustuleuse, vésiculo-pustuleuse. Les unes guérissent sans laisser de traces, d'autres, comme l'hydroa vacciniforme, laissent après elles des cicatrices.

L'*hydroa vacciniforme* peut se définir : une éruption d'été récidivante, survenant sous l'influence de certains agents atmosphériques (vent chaud et surtout l'action des rayons du soleil), débutant dans le jeune âge, siégeant sur les parties découvertes du corps, caractérisée anatomiquement par la nature nécrotique de ses lésions et cliniquement par la formation de vésicules, ombiliquées pour la plupart, lesquelles laissent à leur suite des cicatrices vacciniformes.

Historique. — Bazin observa le 1er cas de cette affection et lui donna le nom d'*hydroa vacciniforme.* Il l'a décrite de la façon la plus nette en 1862 dans ses « *Leçons théoriques et clini-*

PLANCHE DU MÉMOIRE CONSTANTIN ET BOYREAU



ques sur les affections génériques de la peau », publiées par E. Baudot (p. 132) et en 1868 dans les « *Leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées de nature arthritique et dartreuse* », publiées par J. Besnier (p. 261) ; dans ce dernier ouvrage, il range l'hydroa vacciniforme dans les arthritides vulgaires et donne (p. 400) la première observation de cette affection.

Les travaux de Bazin restèrent malheureusement dans l'oubli.

En 1888 J. Hutchinson (Clinical society's transact, vol. XXII, 1888) publie la 2e observation d'hydroa vacciniforme, mais ignorant les descriptions de Bazin il considère son malade comme atteint d'une forme particulière de la maladie de Kaposi, à laquelle il donne le nom de *Summer eruption* (éruption d'été). Cette appellation a le tort d'être trop compréhensive et de ne rappeler qu'un des moindres caractères de l'affection ; aussi devait-elle devenir plus tard une source de confusion.

Radcliff Crocker (Diseases of the skin, 2e édit., 1893, p. 211), en 1893, donna une nouvelle description consacrant l'œuvre de Bazin et établissant définitivement l'existence de cette affection comme type morbide distinct qu'il appela *hydroa vacciniformis seu œstivale*. Cependant, malgré l'effort de Crocker, le terme de summer eruption » semble encore prévaloir à l'étranger.

Le travail de R. Crocker paraît avoir attiré l'attention des dermatologistes sur l'hydroa vacciniforme, car depuis, les faits donnés comme tels se sont multipliés. Nous avons pu en réunir 88 cas. Ils sont pour la plupart rapportés dans un certain nombre de travaux d'ensemble que nous allons rapidement passer en revue.

En 1894, L. Brocq, publiant un cas personnel a réuni et discuté dans un important mémoire toutes les observations de ses devanciers.

Ce sont celles de :

1° *Bazin* (1861). — (Leçons théoriques et cliniques sur les affections génériques de la peau 1862, p. 132). Garçon de 8 ans 1/2. L'éruption récidivant chaque été, siégeait sur les parties

découvertes et était formée de vésicules ombiliquées laissant des cicatrices.

2° *Hutchinson* (1888). — (Clinical Society's transactions, vol. XXII.)

Garçon de 8 ans, 1re atteinte à 2 ans, récidive chaque été. L'éruption, formée de vésicules ombiliquées, laissant des cicatrices, siège sur les parties découvertes.

3° 4° *Allan Jamieson.* — Deux cas (The Lancet, 18 août 1888). Deux garçons de 15 et 18 ans. L'éruption a débuté à 3 ans chez le premier, à 13 ans chez le second; elle siège sur la face, le cou le dos des mains, les jambes lorsqu'elles sont nues. Vésicules devenant croûteuses et laissant des cicatrices dans les deux cas.

5° *Handford.* — (Illustrated medical News, oct. 1889). Enfant de 7 ans. 1re atteinte à 2 ans, siège : oreilles et face dorsale des mains. Eruption vésiculeuse donnant des croûtes et laissant des cicatrices.

6° *Carl Berliner.* — (Ueber Hutchinson's Sommerprurigo und Summereruption, in Monatshefte für praktishe Dermatologie 1890, p. 449 et 480.)

Homme de 23 ans, atteint depuis l'âge de 4 ans. L'éruption, récidivant chaque été, occupait la face, le dos des mains, les parties découvertes de l'avant-bras. Il s'agissait de vésicules donnant des croûtes et des cicatrices.

7 *Theodor Buri.* — (Ein fall von Hutchinson's Sommereruption. Monatshefte fur prakt. Dermat., 1891, p. 181). Fillette de 5 ans. 1re atteinte à 2 ans, vésiculeuse, laissant des cicatrices, localisée sur le nez. L'été suivant, nouvelle éruption étendue aux joues, dos des mains et genoux (découverts). Vésicules, croûtes et cicatrices.

7° *T. Broes Van Dort.*— (Ein fall von Hutchinson's Sommer, eruption œstivalis bullosa. Monatshefte fur prakt Dermat. 1er mars 1892, p. 185).

Femme 30 ans, atteinte depuis l'âge de 12 ans, chaque année, au printemps. Eruption bulleuse (bulles de la grosseur d'un pois), siégeant sur la peau, devenant croûteuses et laissant des cicatrices peu profondes.

9° 10° *H. G. Brooke.* — (British journal of dermatology 1892, p. 128.) Deux cas.

1er cas.— Garçon de 18 ans, atteint depuis plusieurs années pendant l'été, d'une éruption vésiculo-pustuleuse formant des croûtes et laissant des cicatrices varioliformes. Siège habituel à la face et au dos des mains. S'étant une fois promené sans chaussures ni bas, la même éruption survint aux pieds et aux jambes.

2e *cas.* — Jeune fille 18 ans, présentant, chaque été, sur la face et les mains des lésions érythémateuses bulleuses et croûteuses avec infiltration de la peau. Cette observation ne paraît pas tout à fait certaine.

11° 12°. *Radcliff Crocker.* — (Diseases of the skin, 2e édit., 1893, p. 211). Deux cas.

1er *cas.* — Garçon de 14 ans, atteint, chaque été, depuis l'âge de 5 ans, au visage et aux mains, d'une éruption typique vésiculeuse laissant des cicatrices.

2e *cas.* — Garçon de 19 ans, atteint depuis l'âge de 7 ans. Un peu moins net.

13° 14° 15° 16° C. *Bæck.* — (Vier falle von Hydroa vacciniforme (Bazin), Summer Eruption (J. Hutchinson), in Archiv. fur Dermatologie und Syphilis, t. XXVI, 1er heft, p. 23). 4 cas.

1er *cas.* — Garçon de 9 ans. Chaque été, depuis 2 ans, sur la face, le dos des mains, éruption de grosses vésicules douloureuses, devenant croûteuses et laissant de profondes cicatrices.

2e *cas.* — Garçon de 3 ans 1/2, E. R... Eruption vésiculeuse croûteuse, laissant des cicatrices, ayant commencés vers 2 ans 1/2, récidivant chaque année, siégeant sur les joues, le dos des mains, les avant-bras.

3e *cas.* — Garçon de 12 ans. Début de l'affection vers 4 ans ; récidive annuelle, l'été, sur les oreilles, le nez, le menton, les joues. Vésicules, croûtes, cicatrices très marquées.

4e *cas.* — C. P..., femme de 27 ans. 1re éruption à 26 ans sur le menton, puis les oreilles, constituée par des vésicules non ombiliquées, formant une croûte et ne laissant pas de cicatrices appréciables. L'année suivante, même éruption ; il existait en outre un certain nombre d'éléments sur la malléole externe la poitrine, la région acromiale. Cette dernière observation semble douteuse.

17° *John T. Bowen* — Hydroa vacciniforme (Bazin), Hutchinson's, summer eruption with histological examination. Journal of cutaneous and genito-urinary diseases, mars 1894, p. 89.)

J. G..., garçon, 10 ans. 1re atteinte à 5 ans; récidive chaque été. Une récidive légère survint une fois en décembre par temps froid après une exposition au soleil. L'éruption frappe la face et le dos des mains, et laisse des cicatrices vacciniformes.

18° J. *Granier*. — (Nouveau Montpellier médical, 28 avril 1894, n° 17, p. 333.)

Homme de 27 ans, atteint pour la première fois d'une poussée érythémateuse et bulleuse survenue l'été, sur tout le corps et ne laissant pas de cicatrices consécutives.

Cette observation ne paraît pas devoir être rangée dans l'hydroa vacciniforme.

19° *L. Brocq*. — (Annales de dermatologie et de syphiligraphie, 1894, p. 1133. De l'hydroa vacciniforme.)

Femme 30 ans. L'éruption, ayant récidivé chaque été, a débuté dans l'enfance; elle siège sur le nez, les joues, les oreilles Elle est constituée par des soulèvements épidermiques de formes et de dimensions variables, la plupart ombiliquées et laissant des cicatrices varioliformes.

Depuis le mémoire de Brocq, un grand nombre de faits ont été publiés.

20° 21° *Juliano Moreira* (British journal of dermatology, 1895, p. 175) rapporte deux observations personnelles.

1er *cas*. — N. B..., femme, 19 ans, atteinte depuis l'âge de 9 ans avec récidive chaque année, de janvier à mars (Brésil) sur les parties découvertes, vésicules, croûtes, cicatrices.

2e *cas*. — A. M..., fillette de couleur (père mulâtre, mère blanche) 6 ans. Début à 2 ans. Vésicules, croûtes, cicatrices siégeant sur les régions découvertes.

22°, 23° *James E. Graham*. — Hydroa œstivale. Journal of cutan. and genito-urinary diseases, 1896, p. 41), donne, l'année suivante, la description de deux autres cas.

1er *cas*. — Fillette, 6 ans, A. B..., atteinte depuis l'âge de 4 ans d'une éruption caractéristique (vésicules, croûtes, cicatrices) récidivant à chaque printemps et localisée aux parties

découvertes. Deux fois, l'éruption apparut dans des circonstances particulières :

Un hiver, par temps de neige, après exposition au soleil. Une autre fois, la malade étant dans sa chambre à l'abri du soleil, mais la fenêtre ouverte, se trouva exposée à l'action d'un vent chaud qui détermina une récidive.

2e *cas.* — C. D..., femme, 25 ans, atteinte depuis l'âge de 11 ans, avec récidive chaque été. L'éruption siégeant sur les parties découvertes ne présente pas d'ombilication et ne laisse pas de cicatrices.

Ce 2e cas, de l'avis même de l'auteur, ne répond pas à l'hydroa vacciniforme.

En 1897, *Mibelli* publie un nouveau cas avec examen histologique. Voici l'observation de :

24° *Mibelli.* — (Journal italien des maladies vénériennes et de la peau 1897, p. 190 et Revue de dermatologie 1897, p. 673).

P. G..., 12 ans. Début à l'âge de 6 ans. Récidive chaque année au printemps. L'éruption, formée par des vésicules donnant des croûtes et des cicatrices, siège sur la face et le dos des mains. Elle a fait défaut une année, en 1895, l'enfant ayant gardé la chambre tout l'été.

James C. White, peu après, apporte à la question un important tribut de 4 cas. Les deux premiers sont des exemples classiques d'hydroa vacciniforme, les deux autres s'écartent du type ordinaire par la gravité du processus bulleux et les cicatrices mutilantes qui en sont la conséquence.

25°, 26°, 27°, 28°. *James C. White.* — (Journal of cutaneons and genito-urinary diseases, 1898, p. 514).

1er *cas.* — Garçon, 7 ans, atteint depuis 3 semaines d'une éruption vésiculeuse ombiliquée laissant des cicatrices. Son siège était la face et le dos des mains.

2e *cas.* — Garçon 10 ans. Début à 7 ans, éruption récidivant chaque été, ressemblant à la varicelle, mais localisée aux parties découvertes, laissant des cicatrices.

3° *cas.* — (*Loc cit.* et Annales de dermatologie, 1905, p 927.)

Fillette, 10 ans, atteinte depuis l'âge de 8 mois. L'éruption forme des vésicules et de grosses bulles se recouvrant de croûtes et laissant de profondes cicatrices. La récidive était de règle chaque année, mais l'hiver seulement. Les lésions

siégeaient sur la face, les lèvres, les mains, et quelques éléments seulement sur les avant-bras et les jambes.

4e *cas.* — (*Ibid.*). Garçon de 8 mois, frère du malade précédent. L'éruption siégeait sur la face, les extrémités, constituée par des vésicules et de grosses bulles faisant place à des cicatrices mutilantes.

Le sang de ces deux derniers malades présentait une éosinophilie très marquée. Nous devons à l'obligeance de M. J.-C. White la note suivante concernant ces deux enfants :

« Les deux malades sont morts en 1900 avec des manifesta-« tions cérébrales inaccoutumées, leur éruption récidiva jus-« qu'à l'époque de leur mort. »

Plus récemment, Moller, Ikeda, Jordan, ont réuni la plupart des cas publiés.

Magnus Möller. (Der Einfluss des Lichtes auf die Haut., Bibl. medic., Stuttgard, 1900) dans une étude expérimentale et critique de l'action de la lumière sur la peau, a réuni 35 cas d'hydroa vacciniforme dont un personnel que l'on trouve rapportés dans *E. Ikeda* (Hydroa vacciniformis, thèse de Rostock 1904.)

E. Ikeda donne 45 observations. Ce sont outre les faits de *Bazin*, *Hutchinson* (1888) *Jamieson*, *Handford*, *Buri*, *Brooke*, *Broes van Dort*, *R. Crocker*, *Bœck*, *Bowen*, *Brocq*, *Moreira*, *Graham*, *Granier*, *Mibelli*, *White*, déjà analysés, les faits suivants :

29°, 30°, 31°. — 3 cas d'*Hutchinson*. (Archiv. für Dermatologie und Syphilis 1892.)

Les deux premiers paraissent douteux.

Un 3e, plus caractéristique, concerne un jeune homme atteint depuis l'enfance d'une éruption récidivant l'été, siégeant sur les parties découvertes et laissant des cicatrices ayant amené une mutilation notable des oreilles.

32° *Jarish.* — (Verhandlungen der Deutschdermat. Gesselschaft. V. Congress, p. 322.)

Homme 33 ans. Début vers 10 ans, avec récidive chaque été. L'éruption atteint les oreilles ; le dos des mains forme des vésicules avec ombilication, donne des croûtes et des cicatrices légèrement mutilantes.

33°, 34°, 35° *Rash.* — (Meddelelser fra Kommune hospitalets

poliklinik for Hudsygdomme op veneriske sygdomme Kobenhavn. Cf Dermat. Centralblatt, 1899, p. 144.)

1er *cas*. — Femme 24 ans. Début à 7 ans. Récidive chaque année l'été. Efflorescence typique laissant des cicatrices et siégeant sur la face, le dos des mains.

2e *cas*. — Femme 23 ans. Début à 4 ans, récidive tous les étés. Quelques poussées l'hiver (journées ensoleillées). Eruption vésiculeuse guérissant avec cicatrices siégeant sur le dos des mains.

3e *cas*. — Fillette, 5 ans, tuberculeuse. 1re éruption à 3 ans, généralisée, s'étant localisée plus tard au visage, aux mains et aux pieds. Récidive chaque année, de février à novembre.

L'éruption vésiculeuse laissant des quantités de petites cicatrices blanches ne disparaissait que 2 mois par an (décembre et janvier) ; le port permanent d'un voile rouge n'en diminuait pas la durée.

Ce cas ne semble pas tout à fait probant.

36°, 37°. *Magnus Moller*. — (Der einfluss des Lichtes auf die haut. Bibl. med. Stuttgard 1900.)

1er *cas*. — Garçon de 11 ans. Début à 5 ans. Récidive, chaque printemps. Lésions sur le dos des mains, le cou, les yeux, les lèvres, constituées par des vésicules, des croûtes laissant des cicatrices très profondes. C'est une des rares observations où les yeux soient atteints. Un examen histologique est annexé à la description clinique.

2e *cas*. — Homme 24 ans. 1re éruption à 24 ans sur la face, les oreilles, le dos des mains. Vésicules, croûtes. Pas de cicatrices consécutives..Ce cas,rangé par Moller dans ce qu'il appelle l'hydroa vésiculo-bulleux n'appartient pas à l'hydroa vacciniforme.

38°,39°. *Reichel*. — (Verhandl. der Deutsch derm. Gessel schaft. VI. Congress 1899, p. 417.)

1er *cas*. — Garçon de 12 ans.Début à 9 ans. Vésicules, croûtes faisant place à des cicatrices profondes. Son siège habituel est la face, les oreilles, le dos des mains.

2e *cas*. — M. B... fillette de 7 ans, atteinte depuis l'âge de 6 ans. L'éruption récidivant l'été siège à la face et au dos des mains, elle est constituée par des vésicules et des croûtes. Bien

que cette description ne mentionne pas de cicatrices Reichel la donne comme fait authentique d'hydroa vacciniforme.

40°. *Ledermann.* — (Dermatologie Zeitschriff, Bd. VI, 1899, p. 368.)

Garçon 13 ans. Début à 1 an. Récidive annuelle d'avril à septembre, quelquefois l'hiver par les journées chaudes. Siège à la face, aux oreilles. Vésicules, croûtes à cicatrices varioliformes. Chez ce malade les yeux furent plusieurs fois atteints et des taches cornéennes en ont été la conséquence.

41° *Saalfeld.* — (Archiv. für Dermatologie und Syphilis, 1900.)

Jeune fille 14 ans. Début à 6 ans. Eruption sur la face, les oreilles, le dos des mains, ne disparaissant pas complètement l'hiver. Il n'y est pas question de cicatrices. L'observation est douteuse.

Allan Jamieson. (Notes and observations on some instances of rare forms of skin diseases. Brit. Journal of dermatology. sept. 1895, p. 292.)

Elisabeth R..., 8 ans, début à l'âge de 6 ans ; récidives chaque année d'avril à octobre sous l'influence du soleil et de l'air marin. L'éruption est localisée sur la face, le dos des mains, les jambes quand elles sont nues, il existe une ou deux vésicules sur les bras. L'éruption laisse habituellement des cicatrices.

43°, 44°. *Mac Call Anderson.* — (Brit. Journ. of dermatology 1898.)

Double observation concernant 2 frères, tous deux matelots, âgés de 23 et 26 ans. L'éruption a débuté à 3 ans chez l'aîné, à 4 chez le 2e. Récidives annuelles l'été. Eruption à la face, au dos des mains, constituée par des bulles donnant des cicatrices chez le plus jeune, laissant une simple pigmentation chez l'aîné.

45° *Colcott Fox.* — (British Journal of dermatology, 1897.)

Fillette de 7 ans. Depuis sa naissance, l'éruption est survenue chaque année au printemps, localisée à la face, aux oreilles et au cou, plus bénigne sur les mains. Vésicules de la dimension d'un grain de moutarde laissant de petites cicatrices varioliformes.

Enfin en février 1906 dans le Monatshefte fur praktishe Dermatologie, Bd 42, n° 3., p. 138) a paru un travail d'ensemble sur

l'Hydroa vacciniforme et la Summer eruption d'Hutchinson. L'auteur, *Arth. Jordan*, rapelle les cas de *Bazin*, *Hutchinson*, *Jamieson*, *Handford*, *Berliner*, *Buri*, *Broes-Van-Dort*, *Bœck*, *Granier*, *Brocq*, *Bowen*, *C. Fox*, *Moreira*, *Graham*, *Mibelli*, *Anderson*, *White*, *Ledermann Saalfeld* et cite les observations suivantes :

46° 52° *Jordan* : 7 cas d'éruptions diverses survenues chez des malades de 60, 57, 47, 34, 27, 83, et 53 ans, ne se rapportant pas à l'hydroa vacciniforme

53° *Gonzalez Tanago* (Ref. Virchow Hirsch 1894 S. 612) un cas que nous n'avons pu vérifier.

54° *Gastou* (Annales de dermatologie et de syphiligraphie, 1896 p. 894). Il s'agit de 2 cas de dyshidrose palmaire syphiloïde et vésico-bulleuse n'ayant aucun rapport avec l'hydroa vacciniforme.

55° *Eddowes* (Ref. Monatshefte fur praktishe Dermatologie 1897, Bd. 25, S. 171). Cas de Summer prurigo.

56° *Carayon* (Annales de Dermatologie et de syph. 1903 n° 4 p. 283). Il s'agit d'une desquamation estivale en aire de la paume des mains et non d'hydroa vacciniforme.

57°-70° 14 cas de *Radcliff-Crocker* (British journal of. dermatology, 1900 p. 39). A clinical study of some winter and summer recurring eruption).

Les 14 cas auxquels il est fait allusion sont des faits d'éruptions d'été récidivantes siégeant sur les parties découvertes, survenant, chez des sujets jeunes, s'améliorant à la puberté ou plus tard.

Ces éruptions sont tantôt érythémateuses, papuleuses érythémato-papuleuses, urticariennes, tantôt vésiculeuses, pustuleuses, vésiculo-pustuleuses, ne laissant jamais de cicatrices. R. Crocker ne les donne du reste pas comme des cas d'hydroa-vacciniforme.

71°-77° *St-Mackenzie*. (Ref. Monatshefte für prakt. Dermatologie, 1893, Bd. XVI, p. 590), 7 cas.

Ces 7 cas sont des exemples de dermatite herpétiforme n'ayant rien à voir avec l'hydroa vacciniforme.

78°-80° *Dubreuilh* (Annales de dermatologie et de syphil. 1904, p. 618), 3 cas de dysidrose.

81° *Félix Malinowsky* (Gazeta le Karska 1905 et Monats-

hefte für prakt. Dermat. B.d. 41,p.293). Il s'agit cette fois d'un cas authentique d'hydroa vacciniforme avec examen histologique et hématologique.

Enfant de 6 ans, atteint depuis l'âge de 3 ans, avec récidives annuelles en mars. L'éruption est localisée sur le front, le nez les joues, les oreilles, le dos des mains, elle est constituée par des vésicules ombiliquées formant croûtes et laissant des cicatrices varioliformes.

Le sang renfermait 3 °/₀ d'éosinophiles pendant la période d'éruption.

82° *Claudio Fermi* (Archiv. für Dermatologie und Syphilis, 1905. Bd. 74, p. 99). L'observation à laquelle il est fait allusion n'a aucun rapport avec l'hydroa, elle ne mentionne qu'un vulgaire coup de soleil.

A cette liste nous ajouterons :

83°-84° Deux faits de *Stowers* présentés à la société dermatologique de Londres en juin 1900 (C. R. in British journal of dermatology,1900,p.247) Dans ces 2 cas,il s'agit d'une éruption vésiculeuse de la face et des oreilles, éruption récidivante et ressemblant à l'hydroa estivale. Ces observations n'ont pas été publiées ; elle ne paraissent pas suffisamment affirmatives pour être admises sans réserves.

85° *Ehrmann* (Archiv. fur Derm. und Syphilis Bd. 77, p.163) ; Samuel Schranz,31 ans, maçon, atteint depuis l'enfance. Récidives chaque été;diminuant d'intensité depuis quelques années. La face, les oreilles, les mains sont particulièrement atteintes et très déformées, l'éruption consiste en bulles, croûtes, cicatrices.

86° *Eddowes* (Brit. journ. of dermatology, June 1902) et Annales de dermatologie, 1903, p. 624).

Observation avec examen histologique.

Fillette de 6 ans. Début à 3 ans. Récidive chaque année vers Pâques ; localisation à la face et au dos des mains. Soulèvements épidermiques, ombiliqués, croûtes, cicatrices.

87° *E. Constantin* (Annales de dermatologie et de syphil., 1905, p. 927).

Garçon de 12 ans. Début à 11 ans, à la fin de l'été ; siège à la face, joues, lèvres, muqueuse buccale, et surtout le dos des mains, les poignets. Eruption constituée par des vésicules

ombiliquées et par de larges bulles. 2 petites bulles existaient sur la malléole interne le genou gauche et le cou-de-pied droit. Tous ces éléments laissent des cicatrices. Examen histologique et hématologique.

88° *Umbert* (Un cas d'hydroa vacciniforme (Bazin) Hydroa puerorum (Unna), in Revist. espanola derm. y syphilis. Nov. 1905 p. 494 et Journal des maladies cutanées et syphilitiques, janv. 1906).

Jeune femme de 23 ans, atteinte depuis l'enfance.

Eruption localisée sur les mains, les avant-bras, la face, le tronc, les membres inférieurs. Eléments vésiculeux, papuleux, papulo-vésiculeux n'ayant jamais laissé de cicatrices. Le soleil et le vent ne paraissent pas exercer d'influence sur l'éruption.

Malgré les raisons invoquées par l'auteur, on ne peut considérer cette observation comme un fait certain d'hydroa vacciniforme.

Nous devons enfin signaler parmi les plus importants travaux actuels, l'article de *Lafitte* dans la *Pratique dermatologique* constituant un des exposés les plus complets de la question.

On compte donc à l'heure actuelle 40 cas indiscutables d'hydroa vacciniforme, sans compter les 2 observations inédites de Stowers.

Ce sont les faits de : *Bazin*, *Hutchinson* (2) *Jamieson* (3) *Handford*, *Berliner*, *Buri*, *Van Dort*, *Brooke*, *R. Crocker*, *Bæck* (3), *Bowen*, *Brocq*, *Moreira* (2), *Graham*, *Mibelli*, *White*, *Jarish*, *Rash* (2) *Moller*, *Reichel*, *Ledermann*, *Mac Call*, *Anderson*, *Colcott Fox*, *Malinowsky*, *Ehrmann*, *Eddowes*, *Constantin*.

De l'étude de ces faits, on peut dégager les considérations qui suivent :

D'abord, l'hydroa vacciniforme est une affection rare, puisque l'on n'en connaît encore que 40 cas authentiques.

En second lieu, les auteurs ne sont pas d'accord sur la signification du terme « hydroa vacciniforme ». Summer éruption et hydroa vacciniforme sont souvent confondus. Ces deux appellations ne sont cependant pas synonymes. Sous le titre de

Summereruption, Hutchinson a décrit des éruptions très différentes par leur nature, quoique se manifestant dans des conditions étiologiques identiques ; certaines appartiennent à l'hydroa vacciniforme, d'autres lui sont étrangères.

La caractéristique de l'hydroa vacciniforme c'est de laisser des cicatrices vacciniformes; aussi doit-on lui conserver le nom donné par Bazin comme mettant le mieux en relief cette particularité.

Par le terme de *Summereruption* (Hutchinson) ou de Recurring Summereruption (R.Crocker) on entendra toutes les éruptions érythémateuses papuleuses, vésiculeuses, pustuleuses, etc., se rapprochant de l'hydroa par une étiologie commune, mais en différant essentiellement par le fait qu'elles ne laissent pas de cicatrices.

Nature et étiologie.

Des recherches expérimentales entreprises dans ces dernières années sont venues jeter quelque clarté sur la nature intime de ces affections et la filiation des diverses éruptions d'été récidivantes.

Widmarch (1), *Finsen* (2), *Unna* (3), *Möller* (4) *Freund* (5), *Erhmann* (6), ont étudié l'action de la lumière sur la peau saine et sur la peau d'individus sujets à l'hydroa vacciniforme.

Ils ont démontré que, sur la peau saine, l'action irritante de la lumière ne détermine qu'un érythème localisé à la partie insolée ne survenant que quelques heures après l'insolation et laissant après lui de la pigmentation (Finsen).

Cette pigmentation devient un moyen de défense de la peau vis-à-vis de la lumière, car insolées secondairement, les parties pigmentés ne sont plus sujettes à l'érythème (Finsen). Sur la peau d'individus sujets à l'hydroa, le résultat est tout diffé-

(1) Ueber den Einfluss des Lichtes auf die Haut. *Hygiea*, Festband, n° 3, 1889.

(2) Nie Undersogelser over. Lysets Indverkung paa Huden Meddelelser fra Finsens medicinske Lysinstitut. Kobenhaven 1899.

(3) Uber das Pigment der Haut. Monat. fur Prakt. derm. 1895. Band IV.

(4) Der Einfluss des Lichtes auf die Haut. Bibl. méd Stuttgard, 1900.

(5) Grundriss der Gesamten. Radiothérapie 1903.

(6) Versuche über Lichtwerkung bei Hydroa æstivalis Arch f. Derm. 1905 Bd. LXXVII, S. 163.

rent, et l'action de la lumière y détermine des lésions vésiculeuses, bulleuses, de l'eczéma solaire (Moller), et Ehrmann a pu obtenir des altérations nécrotiques laissant après elles des cicatrices. La nature de ces altérations étant conditionnée par la susceptibilité spéciale de la peau plus que par l'intensité ou la durée de l'insolation. Les mêmes auteurs ont déterminé l'intensité d'action respective des différentes radiations lumineuses ; ils ont montré que l'action irritante, faible ou nulle avec les radiations à grande longueur d'onde, rouge ou infra rouge (dépourvus de leurs rayons calorifiques), était maximum avec les radiations chimiques violet et surtout ultra violet.

Dans toutes ces expériences réalisées pour la plupart avec l'instrumentation photothérapique il n'était exercé aucune compression sur la région insolée.

Ces résultats sont parfaitement d'accord avec les faits cliniques.

L'action directe de la lumière est signalée dans toutes les observations, elle est mise hors de doute par ce fait que les parties découvertes sont seules atteintes. Certains malades, soustraits à l'action du soleil tout un été par suite d'une maladie intercurrente, ont été exempts d'éruption cette année-là.

On est donc naturellement conduit à considérer les éruptions d'été récidivantes et l'hydroa vacciniforme comme les différentes modalités réactionnelles de la peau vis-à-vis de l'action irritante de la lumière solaire, l'hydroa vacciniforme en étant la plus grave.

Ces éruptions, pour se produire, supposent une susceptibilité particulière de la peau à la lumière, une idiosyncrasie ; c'est ce degré d'irritabilité qui régit la nature de l'éruption plutôt que l'intensité de l'action lumineuse, voilà pourquoi chez un même sujet les récidives sont toujours identiques à elles-mêmes.

Quant à la nature intime du processus éruptif, on ne peut encore le préciser, Graham, Crocker, croient à une action angioneurotique mise en jeu par les rayons solaires. Leredde, se basant sur l'éosinophilie très marquée dans 2 cas de White, tend à rapprocher l'hydroa vacciniforme de la dermatose de Duhring.

L'hydroa vacciniforme débute toujours dans le jeune âge,

de la naissance jusqu'à 12 ans; le maximum de fréquence paraît être de 2 à 7 ans.

Les filles sont moins atteintes que les garçons, dans la proportion de 1 pour 2.

L'affection a été surtout observée en Angleterre et en Allemagne ; elle paraît beaucoup plus rare en Amérique et dans les pays de race latine.

Les récidives annuelles s'atténuent et finissent par disparaître de 18 à 30 ans on en a cependant observé passé cet âge : à 31 ans (Ehrmann), 33 ans (Jarish).

L'hydroa vacciniforme a surtout été observé chez des blancs cependant la pigmentation de la peau ne paraît pas toujours en préserver les sujets de race colorée, et M. J. Moreira en a rapporté un cas authentique sur une jeune Brésilienne de couleur, fille de blanc et de mulâtre.

Toutes les observations signalent l'action directe des rayons solaires comme cause de l'éruption.

C'est d'avril à septembre, dans nos climats, qu'apparait en général l'hydroa vacciniforme et que surviennent les récidives ; cependant Graham, Rash, ont signalé des retours supplémentaires de l'affection pendant l'hiver après exposition au soleil par temps de neige.

L'action du vent, surtout d'un vent sec et chaud, est plus rarement notée, elle semble cependant indiscutable ; Graham a cité le cas d'un enfant qui, se trouvant dans sa chambre, la fenêtre ouverte et à l'abri du soleil, fut surpris par un courant de vent chaud, lequel détermina une poussée d'hydroa vacciniforme.

Les parties atteintes sont les régions habituellement découvertes : en premier lieu, la face, surtout les joues, le nez et les oreilles ; le front plus ou moins protégé par la coiffure, l'est un peu moins puis viennent le cou, le dos des mains, et les poignets, les jambes et les pieds lorsqu'ils sont nus.

Les lésions s'étendent rarement sur le reste du corps, pieds, genou, bras, tronc, fesses, et elles sont toujours en ce cas très discrètes.

Il est exceptionnel aussi de la voir s'étendre aux muqueuses, cependant on a pu l'observer sur la muqueuse des lèvres et de

la langue (Bazin, Constantin) sur la conjonctive (Moller, Ledermann).

L'hérédité ne semble jouer aucun rôle dans l'histoire de cette dermatose, bien que Jamieson, White, l'aient observée chez deux frères d'une même famille.

Anatomie pathologique.

Bowen a donné le premier examen histologique de deux éléments d'hydroa vacciniforme.

Sur une vésicule nouvellement développée,il a constaté une inflammation circonscrite de l'épiderme et de l'étage supérieur du derme amenant la formation d'une vésicule multiloculaire.

Sur un élément plus âgé, il a trouvé à la partie centrale une nécrose des cellules profondes de l'épiderme et du derme sous-jacent, et il insiste sur ce fait que la nécrose survient secondairement, le processus au début étant purement inflammatoire. Bowen n'a pu trouver de microorganismes dans ses préparations.

Pour *Mibelli*,il existe d'abord une dermite intense à exsudat fibrino-leucocytaire, amenant par dilatation des espaces intercellulaires (sans altération préalable des cellules épineuses) la formation de vésicules multiloculaires dans la couche moyenne du corps muqueux de Malpighi. Secondairement, il se produit une nécrobiose du corps papillaire, mais non une nécrose en masse comme l'avait écrit Bowen.

M. Moller a fait des constatations analogues, il explique l'ombilication des éléments par la diminution de la pression intravésiculaire par suite de la transsudation du liquide ; il a noté en outre de petites hémorragies dans le corps papillaire.

Eddowes a publié également un examen histologique d'un de ses cas, dans lequel il insiste sur l'œdème dermique très prononcé qu'il a constaté et qui, selon lui,favoriserait le processus de nécrobiose secondaire.

F. Malinowsky, plus récemment, a constaté des altérations identiques à celles déjà rapportées par ses prédécesseurs, mais pour lui le fait primordial est la nécrose. Il existait en outre dans son observation une éosinophilie assez marquée (3 %)..

Enfin nous avons pu examiner histologiquement une vési-

cule nouvellement développée et nous avons pu faire les constatations qui suivent.

La bulle siégeait entre l'épiderme et le corps papillaire, la cavité uniloculaire était remplie par un réseau fibrineux, fin et serré, emprisonnant dans ses mailles des leucocytes polynucléaires pour la plupart. Ce réseau, inséré sur le plafond et les côtés de la cavité vésiculeuse ne prend pas contact avec le plancher dermique, dont le sépare une petite nappe d'un liquide qui s'est coagulé en emprisonnant quelques leucocytes. Le plancher de la bulle est représenté par le corps papillaire infiltré, sa voûte est formée par les couches épidermiques subsistantes soulevées en masse. Ces couches diffèrent d'aspect au centre et sur les côtés de la bulle. Au centre, l'épiderme est très aminci par suite de la destruction des couches épidermiques profondes, ses cellules sont fortement aplaties, et leurs noyaux se colorent peu ou pas. Sur les côtés de la cavité vésiculeuse, les cellules malpighiennes sont atteintes d'altération medullisante, elles sont gonflées, leur protoplasma est très clair et leur aspect rappelle celui de la moelle de sureau.

En dehors de la vésicule, l'épiderme a ses caractères normaux, mais en quelques points, il existe dans la partie la plus profonde du corps muqueux des petits îlots de spongiose qui préparent la formation des vésicules.

Nous n'avons pu déceler de microbes dans nos préparations. L'examen du sang pendant la période éruptive ne nous a pas montré d'éosinophilie.

Symptômes.

L'hydroa vacciniforme apparaît presque toujours quelques heures après une exposition au soleil, en général pendant la saison chaude. Exceptionnellement, on l'a vu survenir sous l'influence d'un courant d'air chaud, d'un vent vif. L'éruption s'accompagne parfois de phénomènes généraux d'intensité variable : malaise, anorexie, nausées, vomissements, frissons.

La poussée éruptive débute en général par la face, le nez, les oreilles qui peuvent être seuls atteints lors d'une première attaque ; mais dans la plupart des cas, les lésions s'étendent au cou, au front, puis sur le dos des mains et les poignets,

toute autre partie du corps anormalement découverte peut être également frappée.

Dans des cas très rares, les lésions ont pu être observées sur les bras et le reste du corps (genou, pied, tronc, fesse) ou sur les muqueuses (lèvres, muqueuse buccale, conjonctive, la cornée) les éléments y sont du reste toujours très discrets.

L'éruption débute par de petites taches érythémateuses, comparées souvent par les malades à des piqûres de puces, ou par de petits nodules durs, rougeâtres plus ou moins saillants, sur lesquels des vésicules ne tardent pas à apparaître. Parfois ces dernières apparaissent d'emblée sans rougeur prééruptive.

Au début ces vésicules rappellent par leur aspect et leurs dimensions celles de l'herpès ; elles sont isolées ou groupées en placards à contours irréguliers.

Dès le 2e jour (Bazin), les vésicules commencent à perdre leur transparence ; en même temps leur centre se déprime, elles s'ombiliquent, elles ressemblent à ce stade, à une pustule vaccinale. Une croûte ne tarde pas à se former au centre, s'accroissant périphériquement et laissant après sa chute une cicatrice rougeâtre qui deviendra plus tard blanche et d'aspect vacciniforme.

Considéré isolément, chaque élément est constitué par un soulèvement épidermique résistant au doigt arrondi de la dimension d'un grain de millet à celle d'un pois et semi-transparent. Ponctionné à l'aide d'une aiguille, il laisse sourdre une gouttelette de liquide séreux, mais ne s'affaisse pas. Ces vésicules sont souvent entourées d'une aréole rouge. Elles peuvent conserver leurs dimensions premières, devenir croûteuses et se dessécher ; mais le plus généralement elles s'accroissent par leurs bords en même temps que leur partie centrale se tasse et s'ombilique et revêt une coloration bleu sombre, comme du fait d'une hémorragie interstitielle. Au tour de ce centre déprimé, la vésicule, dont le contenu s'est troublé, forme une couronne opaline surélevée entourée elle-même d'une aréole érythémateuse.

Alors se forme une croûte au centre de l'élément et s'étendant peu à peu à toute la surface. Cette croûte, le plus souvent brun noirâtre, quelquefois jaune, impétiginiforme, est profonde

et adhérente et lorsquelle tombe après 10 à 15 jours, elle laisse à nu une surface rouge déprimée qui blanchit ensuite, laissant une cicatrice varioliforme.

Sauf les quelques symptômes généraux du début de l'éruption, l'hydroa vacciniforme n'altère pas la santé générale.

Quant aux signes fonctionnels relevant de l'éruption elle-même, ils sont des plus variables, on constate tantôt une sensation de cuisson, de brûlure, tantôt, mais plus rarement, un prurit plus ou moins intense. Les localisations labio-buccales paraissent particulièrement douloureuses et deviennent une cause de dysphagie sérieuse. Chez le malade que nous avons pu observer, toute alimentation solide était impossible pendant l'éruption, et la déglutition des liquides se faisait difficilement.

Dans quelques cas on a observé des engorgements ganglionnaires, mais le fait est rarement signalé.

Nous possédons encore trop peu de documents sur l'urologie et l'hématologie de cette affection pour pouvoir apprécier ces données.

Dans deux cas, J.-C. White a trouvé une éosinophilie très marquée (8,6 et 15 %. Chez le malade de Malinowsky, ils atteignaient le chiffre de 3 %.

Dans notre cas où il existait une polynucléose notable, le nombre des éosinophiles n'était que de 1 %.

On n'a pas signalé de modifications bien nettes des urines.

Les récidives successives amènent avec le temps des déformations des régions ordinairement atteintes, lesquelles sont criblées de cicatrices déprimées et sillonnées de télangiectasies.

Formes cliniques.

A côté de l'hydroa vacciniforme type, Magnus, Moller, Ikeda ont décrit une forme d'*hydroa vesiculo bullosa* dans laquelle les lésions vésiculeuses et bulleuses n'arrivent pas jusqu'à la nécrose et ne laissent pas de cicatrices. Par définition ce groupe doit être placé en dehors de l'hydroa vacciniforme.

Quelquefois cependant l'hydroa de Bazin peut s'éloigner de sa forme classique ordinaire. L'ombilication disparaît par suite du développement insolite des éléments éruptifs et de l'étendue du processus nécrotique, les soulèvements épidermiques

bulleux peuvent atteindre jusqu'à deux centimètres et plus en diamètre.

Ces formes auxquelles on pourrait appliquer le nom d'*hydroa bulleux cicatriciel* sont graves par les cicatrices profondes et étendues qu'elles déterminent, et les mutilations du nez et des oreilles qui en sont la conséquence.

James C. White en a donné deux exemples remarquables.

Les cas de White mis en doute par Ikeda doivent être considérés aujourd'hui comme appartenant à l'hydroa, nous avons pu, en effet, observer une forme de transition entre les cas de cet auteur et le type classique, chez un malade qui, à côté d'éléments bulleux étendus et très multipliés, présentait quelques vésicules ombiliquées et nettement vacciniformes.

Evolution. Pronostic.

L'éruption vésiculeuse évolue en 3 ou 4 jours mais les croûtes ne tombent qu'au bout d'un temps variable avec leur épaisseur et pouvant osciller entre 10 et 15 jours en moyenne. Au total chaque poussée dure de 2 à 3 semaines, mais comme les éléments ne se développent pas simultanément et peuvent procéder par éruptions successives, la durée de chaque atteinte peut être assez longue. Dans quelques cas les malades n'étaient indemnes que 2 ou 3 mois par an.

Les atteintes diminuent de violence après la puberté et finissent par disparaître de 18 à 30 ans.

Le pronostic de l'hydroa vacciniforme est sérieux au point de vue local, les cicatrices qu'il provoque défigurant toujours plus ou moins le malade. Néanmoins même dans les formes graves et mutilantes, on n'observe jamais d'altération notable de la santé générale.

Diagnostic.

Dans sa forme type, l'hydroa vacciniforme se distingue nettement des dermatoses connues, par son siège, les circonstances de son apparition et son caractère récidivant ;

Les *éruptions d'été récidivantes* (Recurring *summer eruptions* de R. Crocker) érythémateuses papuleuses, vésiculeuses, pustuleuses, etc., comme l'hydroa, surviennent chez des jeunes

sujets, et récidivent chaque été après exposition au soleil, ou au vent, comme l'hydroa, elles frappent avec élection les parties découvertes du corps, mais l'hydroa vacciniforme laisse après lui des cicatrices, les éruptions d'été récidivantes n'en donnent jamais.

L'*acné nécrotique* laisse des cicatrices déprimées comme l'hydroa, mais ne présente pas de lésion initiale vésiculeuse ombiliquée et sa localisation est différente, de plus l'influence des agents atmosphériques est nulle sur son évolution.

L'*acnitis de Barthélémy* a aussi pour siège les mains et la face et laisse de petites cicatrices, mais elle n'évolue pas par poussées aiguës comme l'hydroa et ne présente jamais de vésico-pustules ombiliquées.

Le *colloïd milium* non plus ne présente jamais d'ombilication et a une évolution chronique et progressive.

Dans certains cas, a fait remarquer Bazin, les vésicules d'hydroa vacciniforme deviennent le siège d'une suppuration abondante, les croûtes, au lieu d'être sombres deviennent jaunâtres, analogues à celles de l'*impetigo contagiosa*, mais la confusion entre les deux affections n'est pas à craindre car on retrouve toujours des éléments ombiliqués caractéristiques, et d'un autre côté les lésions de l'impétigo sont très superficielles et ne laissent pas de cicatrices.

Les *syphilides pustuleuses* et *pustulo-croûteuses* n'ont pas la localisation exclusive de l'hydroa vacciniforme et n'évoluent pas par poussées successives pendant plusieurs années.

Le *lupus érythémateux* siège à la face sur le nez, les joues, les oreilles comme l'hydroa-vacciniforme. Mais l'influence des rayons solaires est nulle sur son développement, et il ne présente pas de poussées vésiculeuses. Les cicatrices lisses blanches qu'il occasionne ne ressemblent nullement à celle de l'hydroa.

Par sa localisation, son mode de développement, l'hydroa vacciniforme se distingue encore de l'*érythème polymorphe vésiculo-bulleux*, *de l'épidermolyse bulleuse congénitale* qui ne laissent d'ailleurs pas de cicatrices; il en est de même pour ce qui concerne certaines éruptions médicamenteuses de cause interne, les *iodurides vésiculo-bulleuses et tubéreuses*, *en particulier*.

Dans les formes bulleuses à larges bulles, le diagnostic est à discuter avec l'*érythème polymorphe*, la *dermatite douloureuse de Duhring-Brocq*, *l'épidermolyse bulleuse héréditaire*, le *pemphigus* qui ne laissent pas de cicatrices; et avec la *syphilis bulleuses*. Enfin, sous le nom d'*hydroa puerorum*, *Unna* a décrit une affection débutant dans le jeune âge, récidivant presque continuellement surtout pendant la saison chaude. L'éruption est papuleuse ou vésiculo-bulleuse, mais ne laisse jamais de cicatrice, les poussées sont précédées d'une dépression notable de l'état général. Dans cette affection l'éruption n'est pas limitée aux parties découvertes, elle s'améliore à la puberté et disparaît à l'âge adulte.

Traitement.

Le traitement doit tendre avant tout à éviter ou atténuer les récidives ; les individus sujets à l'hydroa doivent éviter de s'exposer aux vents violents et surtout aux rayons du soleil. Dans ce but, on a proposé le port permanent de gants de voiles inactiniques rouges, jaunes ou verts, d'enduire le visage et les mains de pâtes de pommades protectrices.

L'éruption une fois constituée, R. Crocker conseille de vider chaque vésicule par ponction et d'appliquer de l'iodoforme daus le but d'éviter les cicatrices.

Considérant l'œdème comme la cause de la nécrose secondaire des éléments, Eddowes propose d'inciser chaque vésicule dès son apparition de façon à diminuer la tension intradermique et éviter les cicatrices.

Dans les formes bulleuses, on a intérêt à vider les bulles par ponction et appliquer des pansements humides à l'eau bouillie surtout si la douleur est vive.

Dans notre cas le meilleur topique a été le vieux vin aromatique employé sous forme d'application humide.

Conclusions.

Pour résumer, nous dirons que:

1° Parmi les diverses éruptions provoquées par l'action irritante de la lumière sur la peau et pour lesquelles Ehrmann

propose le nom d'*epidermolysis photo-chimica congenita*, il faut distinguer les *éruptions récidivantes d'été* (recurring summer eruption de Hutchinson-Crocker) et l'*hydroa-vacciniforme* (Bazin). L'hydroa vacciniforme laisse toujours des cicatrices, les éruptions d'été récidivantes n'en donnent jamais.

2° L'hydroa vacciniforme est caractérisé par la nature nécrotique de ses éléments éruptifs et les cicatrices vacciniformes qui en sont la conséquence ; aussi convient-il de lui conserver à l'exclusion de tout autre le nom d'*hydroa vacciniforme seu æstivalis* qui consacre cette particularité :

3° Enfin, à côté de l'hydroa vacciniforme type, il existe un *hydroa bulleux cicatriciel* que l'on peut considérer comme une forme aggravée du premier.

Addita

Depuis la rédaction de cet article, de nouveaux travaux ont paru sur l'hydroa vacciniforme ; nous ne pouvons que les indiquer. Ce sont :

D'abord 3 observations nouvelles.

Un cas de HALBERSTAEDTER ;

Un cas de WEIK, tous deux présentés à la Société dermatologique de Breslau (C. R. Société derm. Breslau, in : *Archiv. für Dermatologie und Syphilis*. Bd. 79, p. 465).

Un cas de F. LINSER, avec considérations sur l'hématoporphyrinurie. (*Archiv. für Dermatologie und Syphilis*. Bd. 79, p. 251).

Puis, un travail d'ensemble de H.-G. ADAMSON. (On cases of Hydroa æstivale of mild type : their relationship with. Hutchinson's « Summer-prurigo » and with Hydroa vacciniforme of Bazin. (*British Journal of dermatology*. Avril 1906, p. 125).

Enfin en juillet 1906, le travail de P. BONNECAZE : « Contribution à l'étude de l'Hydroa vacciniforme », (Thèse de Toulouse), qui constitue une monographie très complète sur l'état actuel de la question.

ingen

recur

ros-

jours :

don

ature :

vac

il de

vac

ste

om

or

ls

PLANCHE DU MÉMOIRE CONSTANTIN



Bulle nouvellement developpée. — Le plafond est constitué par l'ensemble des couches épidermiques plus ou moins modifiées, le plancher par le derme enflammé. On y voit à l'intérieur un exsudat constitué par un réseau fibrineux à mailles fines et serrées emprisonnant des leucocytes en petit nombre.

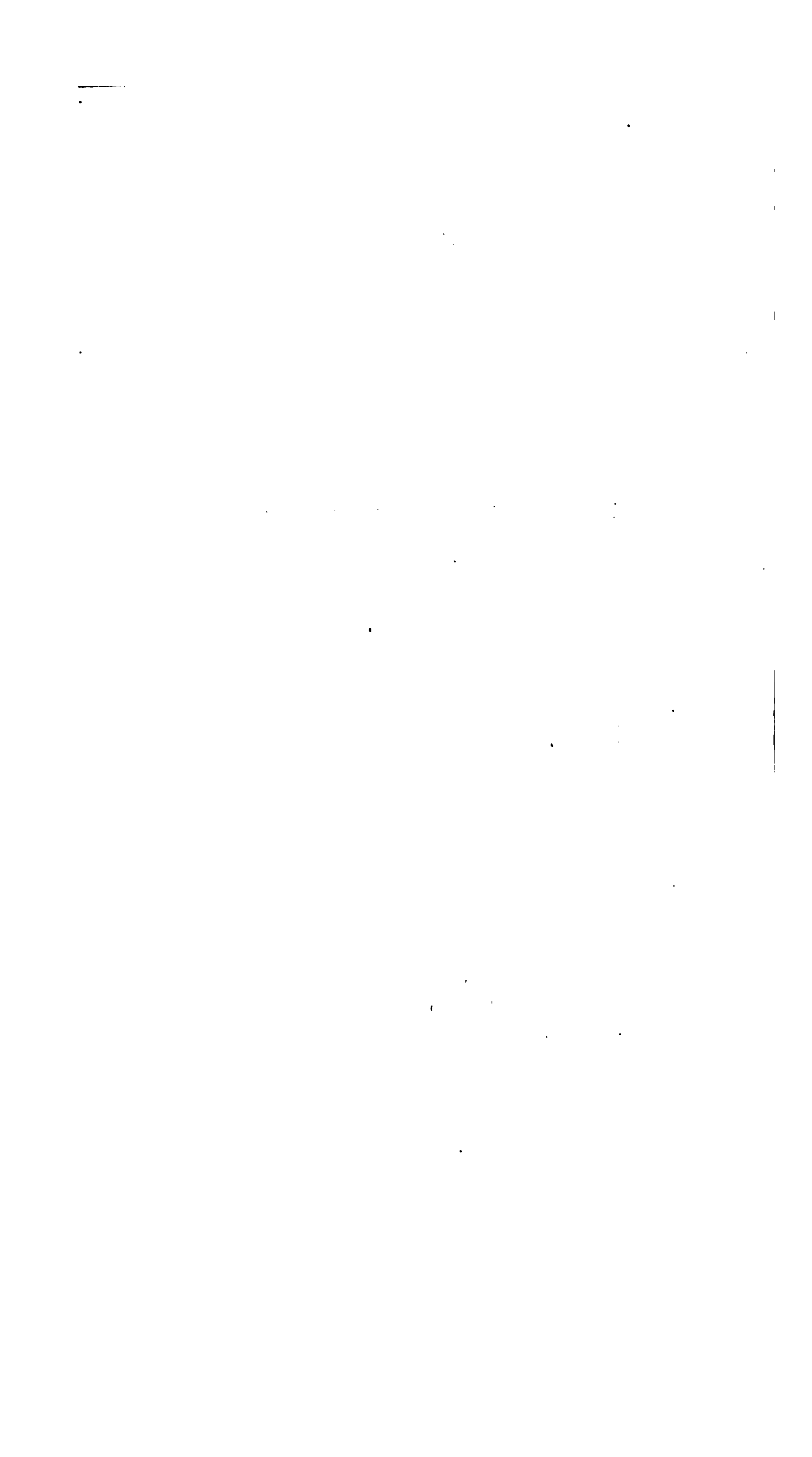
(*Leitz apochromatique 16 mm.; ocul. compensateur* n° 4)

PLANCHE DU MÉMOIRE CONSTANTIN



2. Un point de la voûte de la bulle précédente plus fortement gross pour mettre en évidence l'altération médullisante de l'épiderme.

(*Leitz apochrom. 4 mm.*; *ocul. comp.*, n° 4



NEURO-FIBROMATOSE GÉNÉRALISÉE AVEC VOLUMINEUSE TUMEUR ABDOMINALE ET PTOSIS DES FESSES.

Par le docteur Louis Margain (d'Unverre).

Le fait suivant de maladie de Recklinghausen qu'il m'a été donné d'observer offre la particularité intéressante de présenter à la fois une tumeur abdominale volumineuse analogue à celle de l'observation de MM. Hallopeau et Lebret et un ptosis d'une partie saillante du corps, comparable à celui signalé dans l'observation de M. Bénaky.

Observation. — François M., cultivateur, 25 ans.

Antécédents personnels. — Nuls.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'un cancer de l'estomac. A eu treize frères et sœurs, dont 6 sont encore vivants.

Un frère a présenté des glandes (?) au cou.

Un autre frère a été porteur d'une tumeur à l'abdomen qui aurait guéri spontanément.

Etat actuel. — Le malade est porteur de trois groupes de lésions : des macules, des tumeurs neurofibromateuses, une grosse tumeur abdominale.

Les macules sont de deux ordres : les unes, d'une couleur brune, tirant sur le noir, véritables nœvi pigmentaires, de la dimension moyenne du diamètre d'un pois, sont au nombre d'une quinzaine, irrégulièrement distribuées ; elles ne supportent pas de poils. Les autres, allant des dimensions d'un grain de chènevis à deux ou trois centimètres de diamètre, sont en très grand nombre, agglomérées de préférence au pourtour du cou, sur une zone très pigmentée, s'étendant en hauteur à peu près de l'extrémité supérieure du cartilage thyroïde aux articulations sterno-claviculaires et contournant complètement le cou, respectant à peine quelques centimètres de peau saine qui sembleraient, à première vue, constituer des plaques chroniques. En arrière, cette zone pigmentée se prolonge le long de la colonne vertébrale entre les omoplates, à peu près jusqu'à l'angle inférieur de celles-ci. La main promenée sur toute cette surface donne la sensation d'une infi-

nité de petites élevures analogues à celles de la chair de poule. La couleur de ces macules, ou plus exactement petites élevures, maculeuses est café au lait.

Parmi les neurofibromes, il y a lieu d'en distinguer de grands et de petits. Les plus volumineux sont au nombre de quatre, dont le principal atteignant la grosseur d'une moitié d'œuf de poule siège à la face externe du bras gauche : un autre, de dimensions un peu moindres, est placé au creux épigastrique, répondant à peu près à la vésicule biliaire. Deux, plus petits et beaucoup plus saillants, présentant même une sorte d'étranglement à leur base, en forme de pédicule qui les rattache à la peau saine sont situés en arrière de l'épaule droite, à la partie supérieure du bras. Ces petites tumeurs, sphéroïdes ou hémisphéroïdes, de surface irrégulière, légèrement violacées et brunâtres donnent une sensation fibreuse au toucher. Sous la peau de l'abdomen, des cuisses et de la région sacro-lombaire on perçoit au toucher plus encore qu'à la vue, une série de nodosités fibreuses non pigmentées et ne faisant qu'un faible relief. Leur dimension est en moyenne celle d'un petit haricot, leur nombre est considérable.

Aux deux mains on constate la présence de plusieurs petites verrues non pigmentées et peu importantes siègeant sur la face externe au niveau des premiers et deuxièmes métacarpiens.

Dans l'aine droite, on sent une petite masse dure, très mobile, très saillante, analogue à un ganglion induré.

Ces lésions, qui sont disséminées sur le tronc, les bras et les cuisses, respectent complètement la face et les jambes ainsi que les avant-bras et les muqueuses. Toutes sont fort anciennes, probablement congénitales, les malades les ayant toujours connues, sauf les deux tumeurs de l'épaule droite et les verrues des mains qui dateraient d'environ deux à trois ans.

Pour la première fois, il y a huit ans, dit-il, le malade s'aperçut que les contractions de ses muscles abdominaux lui causaient une douleur persistante, il s'examina avec plus de soin et reconnut à ce moment, pour la première fois, l'existence d'une grosse tumeur, qui, depuis, n'aurait subi aucun changement.

Elle s'étend de deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic jusqu'au pubis avec lequel elle semble adhérente. D'une

forme générale triangulaire arrondie, elle touche par son sommet le milieu de la ligne qui joint l'épine iliaque et antérieure et supérieure droite au pubis ; elle semble se terminer parallèlement à la ligne blanche, à deux travers de doigt à gauche de celle-ci. A vrai dire, ces limites sont peu précises au palper, qui ne les reconnaît que par une différence de résistance peu appréciable sur quelques points. Elles sont plus nettes à la percussion et surtout à la phonendoscopie, qui détermine d'une façon plus précise la limite gauche, la faisant aboutir vers le milieu du pli inguinal de ce côté. La limite inférieure semble se confondre avec le ligament de Fallope et le pilier externe de l'anneau crural du côté gauche.

Cette tumeur, qui offre une dureté fibro-cartilagineuse, est indépendante de la peau qu'on mobilise parfaitement à sa surface. Elle semble plutôt dépendre de l'aponévrose du grand droit de l'abdomen, car elle se fixe sous les doigts lors de la contraction de ce muscle. A peine douloureuse au toucher, elle fait cependant souffrir le malade si cette contraction est violente.

Les limites de cette tumeur sont indiquées par un trait noir sur la photographie de notre malade.

Les photographies de la face postérieure du tronc nous révèlent une conformation particulière des fesses de ce malade, qui pendent comme deux outres à demi vidées, accentuant nettement le sillon fessier et creusant derrière le grand trochanter un sillon si profond qu'il semble que la masse musculaire elle-même ait participé à cette ptose générale de la fesse.

Si nous passons maintenant à l'examen général de François M. nous voyons qu'il présente certains caractères d'infantilisme; bien musclé et large de poitrine, il a la figure joufflue, les testicules petits, le système pileux peu développé.

L'examen de la colonne vertébrale montre une légère scoliose, à convexité gauche, au niveau des six premières vertèbres dorsales avec scoliose inverse compensatrice à la région lombaire.

La sensibilité du sujet est intacte dans tous ses modes et sur toute la surface du corps.

Les réflexes cutanés abdominaux et crémastériens sont un

peu vifs : les réflexes rotuliens sont normaux. Il n'existe ni clonus du pied, ni trépidation de la rotule.

Les réflexes papillaires sont également normaux, mais nous relevons la présence de secousses nystagmiformes dans les positions extrêmes des yeux.

Le corps thyroïde paraît un peu volumineux, la fente palpébrale droite semble plus large que la gauche, et l'œil droit un peu rétracté. Le malade n'accuse aucun malaise, ni vertiges, ni palpitations. L'examen des organes internes ne laisse percevoir aucune anomalie.

L'appétit est normal, la digestion facile. La miction, la défécation, les fonctions sexuelles, s'accomplissent sans difficulté.

Le pouls est régulier à 92 ; le sphygmomanomètre de Potain accuse une pression artérielle de 19.

Le malade, sur lequel on ne relève nulle trace d'atrophie musculaire, n'accuse pas de diminution notable de ses forces, La main droite donne 30 et la main gauche 36 au dynamomètre.

Le malade semble très apathique ; néanmoins depuis quelque temps il est très préoccupé de sa maladie et commence à s'inquiéter sérieusement, sans trop pouvoir préciser ce qui l'inquiète puisque son affection semble faire très peu de progrès.

En raison de la cachexie qui termine fréquemment cette affection, j'ai pensé qu'il pouvait être intéressant d'examiner le sang et les urines de ce malade.

Voici le résultat de cet examen.

Urine. — Quantités exprimées en 24 heures ;
Quantité : 2 litres.
Densité : 1015.
Couleur : bière pâle mousseuse.
Réaction : très faiblement acide.
Urée : 24.88.
Chlorures : 19.
Acide phosphorique : 2.62.
Albumine : 0.
Sucre : 0
Pus : 0.
Mucine : 0.

Pigments et sels biliaires : présence.
Urobiline : 0.
Indican : assez abondant.
Sang. — Hématies 2.790.000.
Leucocytes : 8.000.

Formule leucocytaire :

Pour 100 leucocytes.........	Polynucléaires..........	74
	Grands mononucléaires.	4
	Moyens.............	10
	Lymphocytes...........	7
	Eosinophiles...........	4
	Mastzellen	1

En résumé, un certain nombre de faits ressortent particulièrement de l'examen de ce malade :

1° La présence d'une tumeur abdominale volumineuse paraissant due à une hypertrophie fibreuse de la gaine des muscles abdominaux.

2° L'existence d'un ptosis des fesses par suite d'une véritable dermatolyse due très probablement à des ruptures du tissu élastique cutané qui a fléchi sous le poids de la graisse accumulée anormalement en ce point.

3° La participation probable du sympathique cervical au processus traduite par l'augmentation de la fente palpébrale droite et la rétraction du globe de l'œil, participation analogue à celle que signale M. Bénaky chez son malade où elle se traduisait par une hyperémie de la moitié droite de la face pendant la mastication.

4° Une diminution notable du chiffre des hématies avec augmentation du taux de certains groupes leucocytaires

5° Une augmentation du taux des chlorures urinaires.

Ces deux derniers faits constituent à l'heure actuelle des données uniques dans cette affection. J'avais l'intention de renouveler ces analyses et de suivre les variations de ces liquides organiques, mais j'ai perdu mon malade de vue. Ces modifications sont-elles constantes dans la maladie de Recklinghausen et quelle valeur convient-il de leur attribuer? c'est ce que de nouvelles recherches seules pourront nous faire savoir.

GANGRÈNE DE LA PHALANGETTE PAR ARTÉRITE SYPHILITIQUE OBLITÉRANTE

Par le Dr TROISFONTAINES.
Professeur à l'Université de Liége.

Si l'artérite spécifique du cerveau est fréquemment observée, celle des extrémités l'est assez peu, pour qu'il ne soit peut-être pas complètement inutile d'en relater un nouvel exemple.

Cette observation n'apprendra rien, il est vrai, aux syphiligraphes, mais elle tombera, j'espère, sous les yeux de quelques médecins peu versés dans les questions de pathologie spécifique et par suite trop enclins à ne point songer chaque fois qu'il le faudrait, loin de là, à cette source de tant de maux : la vérole.

La nommée V., âgée de 44 ans, inscrite sur la liste des prostituées surveillées, n'a jamais été soumise à un traitement mercuriel.

Elle nia, il est vrai, avoir présenté antérieurement des lésions imputables à la syphilis, elle n'a pas été atteinte de maladies graves.

Dans les premiers jours de septembre 1905, elle a ressenti des fourmillements persistants dans la main et l'avant-bras gauche. Bientôt cette main s'est refroidie et a notablement perdu de sa force.

Cet état de choses est allé en s'aggravant jusqu'au 22 septembre, date de l'entrée du sujet à la clinique. A ce moment, la phalange unguéale de l'index gauche est frappée de gangrène sèche ; le pouce et le médius sont froids, décolorés, faiblement tuméfiés surtout au niveau des articulations médianes.

La sensibilité tactile et douloureuse est à peine diminuée ; par contre, la motilité est notablement affaiblie et la force de préhension réduite à peu de chose.

La flexion, volontaire ou non, détermine dans les doigts intéressés une douleur violente.

Cette douleur existe du reste d'une façon permanente et

PLANCHE DU MÉMOIRE MARGAIN



s'exaspère la nuit assez fortement pour empêcher presque complètement le sommeil.

La pulsation artérielle tant radiale que cubitale fait défaut dans les endroits où on la constate normalement. Elle ne se retrouve pas davantage dans la région du coude et ne devient perceptible sur l'humérale qu'à dix centimètres au-dessus du pli de flexion. Dans le tiers supérieur de la face antérieure de l'avant-bras existent deux noyaux sous-cutanés, mollasses, du volume d'une petite demi-noix, qui ne sont que des gommes en voie de ramollissement.

Sur le trajet des artères intéressées n'existent ni tumeur, ni cicatrice, ni aucune cause appréciable de compression ; il n'y a ni albuminurie, ni diabète.

Le cœur est sain et la circulation se fait normalement partout ailleurs que dans les régions ci-dessus mentionnées.

Si la patiente ne signale aucune lésion cutanée ou muqueuse nettement imputable à la syphilis, son interrogatoire n'en prouve pas moins, à toute évidence, qu'elle a dû être contagionnée en 1888 ou 1889. Un premier enfant né en 1885 est mort à 6 mois de cause inconnue. Deux autres, l'un âgé de 19 ans, l'autre de 17, sont en bonne santé.

Peu après la naissance de ce dernier, il se serait produit des lésions vulvaires anodines, ayant guéri spontanément en deux ou trois semaines. Un quatrième enfant, né en 1890 est mort à 6 semaines par suite d'accidents méningitiques.

Un 5e, également né à terme, a succombé à 7 mois. Un 6e, à trois mois, un 7e, à 1 an, un huitième, né à 8 mois, est mort à 6 semaines, un neuvième, né à terme mort à 6 semaines également, un dixième âgé de 5 ans seulement est bien portant, assure sa mère. En faut-il plus pour affirmer que l'infection s'est réalisée au cours de l'année 1888 ou au début de 1889 ?

Quant au diagnostic d'artérite, le seul possible, vérifié du reste par les résultats du traitement, il a été accepté d'emblée par MM. Hallopeau, Balzer et Gastou, quand ils ont fait à la clinique dermatologique de Liège le grand honneur de la visiter, peu de jours après l'entrée de la malade dans le service.

Le traitement a consisté au début dans l'emploi du calomel

(2 injections de 5 centigr. chacune) et dans l'administration de l'iodure de potassium à la dose journalière de 8 gr.

Eu égard au très mauvais état des gencives les injections de calomel ont été remplacées par celles de biiodure (3 centigr. par injections), mais celles-ci ont dû être interrompues après la quatrième et, depuis ce moment, il a fallu abandonner l'usage du mercure, tant la stomatite s'est accentuée et s'est montrée rebelle au traitement. L'iodure a été continué régulièrement à la dose de 8 puis de 6 gr.

Dès le 5ᵉ ou 6ᵉ jour de la médication, la douleur s'est beaucoup atténuée ; elle a cessé complètement à partir du 10 octobre.

La motilité s'est également améliorée assez rapidement ; par contre la coloration des régions ischémiées n'est redevenue que très lentement à peu près normale.

La pulsation artérielle s'est fait légèrement sentir au pli du coude un mois après le début du traitement ; à l'avant-bras, l'examen répété des artères n'a révélé aucun battement.

La phalangette, entièrement momifiée, était encore solidement réunie à la phalangine lorsque la patiente a volontairement quitté le service le 11 novembre.

Retrouvée à la date du 2 décembre, n'ayant voulu suivre aucun traitement depuis sa sortie de la clinique, la femme V. n'avait pas vu se produire de modification dans l'état de la région malade. C'est seulement dans le courant du mois de février que la portion gangrénée du doigt s'est spontanément détachée.

Actuellement (5 juin), la coloration de la main est normale la motilité est complète, il n'existe plus de douleur, mais on ne retrouve de pulsations artérielles qu'au niveau de l'artère humérale, là où elles existaient au moment où le sujet a été soumis pour la première fois à mon observation, c'est-à-dire à 10 centim. au-dessus du point où elles avaient reparu, faiblement il est vrai, après quelques jours de traitement.

Depuis novembre dernier, toute médication a été abandonnée.

REVUE ANALYTIQUE

—

SYPHILIS DU SYSTÈME NERVEUX

SANZ : **Polynévrite syphilitique.** (*Rev. Esp. de Derm. y Sif.*, août 1905, p. 351.) — H. 21 ans, sans antécédents. Syphilis, il y a 20 mois. Traitement mixte. Il y a 10 mois, faiblesse dans les jambes puis dans les bras, qui restent amaigris ; fourmillements dans les jambes, douleurs profondes dans les masses musculaires ; torsion de la bouche. Impotence graduellement complète par paralysie des 4 membres. Réaction absolue de dégénérescence. Réflexes abolis. Amyotrophie prononcée. Réactions pupillaires normales. Intégrité mentale. Diagnostic : Polynévrite syphilitique. Pronostic favorable quant au processus actuel, réservé quant à l'avenir. Traitement : frictions, électricité, massage, gymnastique. Amélioration manifeste. J. M.

SCHERB : **Le tabes et la paralysie générale chez les indigènes musulmans algériens.** (Congrès français de médecine, 7e session, Paris 1904.) — Quoique la syphilis soit très fréquente chez les Arabes, ses localisations nerveuses y sont très rares: l'auteur n'a pu en relever que 8 cas. Dans ces conditions, il n'a observé qu'un seul cas de paralysie générale et un seul cas de tabes. La rareté des accidents nerveux syphilitiques chez les Arabes n'infirme nullement l'origine spécifique du tabes et de la paralysie générale. Mais ils sont préparés par des intoxications multiples et un fond de névropathie héréditaire ou acquise qui ne se rencontrent pas encore chez les Arabes. M. D.

S. VENTO : **Syphilis médullaire.** (*Rev. Esp. de Derm. y. Sif.*, 1906 p. 122.) — Journalier atteint de paraplégie spasmodique des membres inférieurs, incontinence d'urine et de matières fécales, sans aucun trouble de la sensibilité. Origine syphilitique évidente. La paraplégie était survenue deux mois après le chancre. Mort deux mois plus tard, par suite de décubitus aigu, malgré un énergique traitement spécifique. La lésion primitive et celle qui produisit les lésions des substances grise et blanche furent déterminées par une endo-artérite tellement généralisée que capillaires, veines et artères de la région sacrée au cou, montraient tous à degrés variables les lésions qui les caractérisent. Les lésions cellulaires observées n'étaient pas spécifiques. Les cordons antéro-latéraux ont le moins souffert ; sur les postérieurs, on voit des zones de substance blanche disparue ; la myéline est convertie en gouttes pulvérulentes comme dans le ramollissement, les cylindres-axes

sont détruits. Autour et en dehors de ces foyers, les cylindres-axes sont comme hypertrophiés. La substance blanche est indemne au-dessous de la 8e dorsale. Au-dessus, lésions d'aspect tabétique. Nulle part de sclérose proprement dite ; on voit du ramollissement aigu de la myélite vraie. J. M.

MICROBIOLOGIE DE LA SYPHILIS

BERGER : **Contribution à l'étude du spirochæte pallida.** (*Derm. Zeits.*, juin 1906, p. 401.) — Coloration au giemsa. On peut traiter d'abord par la lessive de potasse, fixer au giemsa et colorer ensuite au bleu d'azur et au giemsa concentré à P. E. La préparation perd ainsi beaucoup de globules blancs et rouges, mais la coloration est beaucoup plus rapide et les spirochætes ne sont pas modifiés. Dans ce travail, B. a publié 19 photogrammes, montrant des spirochœtes bien nets, un fond incolore ou sur des éléments cellulaires faiblement teintés par l'éosine. On y voit les figures les plus simples, comme les plus compliquées. Ces variations de formes sont dues, comme le prétend Herxheimer, à des influences extérieures. L'extrémité du spirochæte pallida présente comme l'a dit Herxheimer, des lacets, des nœuds que l'on pourrait prendre pour des corpuscules terminaux. Ces nodosités sont dues à un épaississement de la paroi terminale ou moyenne, qui tranche par sa couleur violet foncé et fortement réfringente sur la teinte rouge clair des replis. Peut être s'agit-il de mode de scission, de propagation du spirochæte; on trouve souvent les corpuscules ronds ou ovales, foncés, fixés dans et autour du spirochæte. B. a trouvé des formes de spirochætes encore inconnues qu'il faut voir sur ces photogrammes. Elles ne dépendent pas du traitement préparatoire par la lessive de potasse. Ce polymorphisme si remarquable ne se rencontre que sur les préparations par frottis d'une seule papule. Peut-être les spirochætes s'y trouvent-ils à un stade spécial de développement. Cette multiplicité de formes n'en est pas moins intéressante. J. M.

BODIN : **Spirochæte pallida dans les lésions syphilitiques.** (*Bul. Soc. Franç. Derm. et Syph.*, décembre 1905.)— Sur 16 chancres, B. a trouvé 10 fois le spirochæte ; les 6 cas négatifs ont trait à des chancres traités localement par pommade au calomel ou encore de cicatrisations. Sur 17 cas d'accidents secondaires, 10 examens positifs : les 7 résultats négatifs ont été fournis par 4 roséoles non traitées et des syphilides déjà traitées. Résultats négatifs dans 1 cas de syphilides tertiaires. Examen positif chez un hérédo-syphilitique, examen négatif sur un fœtus macéré. Il semble que le spirochæte existe de façon constante dans le chancre, les syphilides papuleuses et les syphilides secondaires ano-génitales : mais le spirochæte offre une sensibilité très grande et les applications locales de préparations mercurielles ou antiseptiques, ainsi que le traitement mercuriel intense, le font disparaître rapidement des lésions. Le

spirochæte observé par l'auteur avait bien les caractères décrits par Schaudinn. Certaines formes de dimensions démesurées et présentant plus de 14 tours de spires semblent constituées par deux spirochætes soudés par leurs extrémités. Certains sont bifurqués ou en forme de Y ; ce sont là des figures de multiplication active. Les spirochætes se rencontrent surtout dans les parties de préparation riches en globules rouges et souvent vieux ils sont pour ainsi dire appendus à ces globules : il faut donc chercher à obtenir comme matériel d'examen des produits sanguinolents. Comme procédé de coloration, B. donne la préférence au giemsa. Quant à la valeur du spirochæte B. estime qu'il s'agit d'un germe spécial qui a été rencontré dans la syphilis et sa présence dans les lésions de cette maladie n'est pas une simple coincidence. M. D.

DREYER-TOEPEL : **Spirochæte pallida dans l'urine de la néphrite syphilitique.** (*Derm. Cent.*, mars 1906, p. 172.) — H. 19 ans. Chancre génital, il y a 5 mois. Pas de traitement. Manifestations secondaires. L'urine contient 2/1000 d'albumine. Un seul cylindre hyalin à l'examen microscopique. Le dépôt de l'urine centrifugé coloré au giemsa montre quantité de spirochætes colorés en rouge et des spires peu nombreuses, avec flagelles aux extrémités. Un nouvel examen, douze jours plus tard, montrait du spirochæte pallida en petite quantité. La teneur en albumine était tombée à 1/1000. Les auteurs croient avoir démontré l'excrétion par l'urine du spirochæte pallida dans la néphrite syphilitique. J. M.

EHRMANN : **Contribution à l'étude de la topographie du spirochæte pallida dans la papule en train de devenir croûteuse.** (*Derm.Zeits.*, juin 1906, p. 393.)— Syphilides papulo-croûteuses du front. Exanthème maculo-papuleux du tronc. Excision d'une papule montrant un début de dessiccation. Dans toutes les couches de l'épiderme, les cellules sont agrandies, les espaces inter-spinaux élargis. On y trouve des leucocytes polynucléaires, tantôt isolés, tantôt groupés dans des cavités produites par le déplacement et la dilatation des cellules épidermiques et l'élargissement local des espaces inter-spinaux. On trouve deux foyers de leucocytes et de spirochætes qui s'y trouvent aussi : un grand foyer central principal et un plus petit, excentrique. On peut suivre les spirochætes jusque dans le stratum granulosum. Il n'y a que deux couches de cellules entre l'espace intercellulaire le plus élevé occupé par les spirochætes et le stratum granulosum. Dans la rate, on les trouve surtout dans les couches inférieures, ils diminuent de plus en plus dans le stratum granulosum. Dans les parties inférieures et moyennes de l'épiderme, les spirochætes sont confondus avec les leucocytes dans les cavités et les espaces inter-spinaux de l'épiderme. En certains points, on en voit 2-3 accolés à un leucocyte par leurs extrémités qui semblent des rayons.

Les leucocytes suivent les faisceaux de spirochætes dans les espaces inter-spinaux. Seulement ceux qui se trouvent dans les couches supérieures du rete et à la périphérie des deux foyers n'ont souvent pas de rapports immédiats avec les leucocytes dans leur voisinage, mais à l'intervalle d'une cellule en profondeur ils sont toujours suivis de leucocytes. L'invasion des spirochœtes dans l'épiderme montre ensuite des rapports manifestes avec les spirochætes du corps papillaire. On y trouve les spirochœtes surtout un peu éloignés au-dessous de la limite de l'épiderme dans le tissu conjonctif qui est traversé de quantité de leucocytes mono-et-polynucléaires, mais en nombre des plus restreints. On trouve ici aussi de nombreux spirochætes en une situation qui montre qu'ils ont été pris dans l'épiderme au moment de leur pénétration : par occasion, on en voit une moitié de la longueur dans l'espace inter-spinal de deux cellules banales, l'autre dans le derme infiltré de leucocytes. Dans le derme les spirochætes sont en très petites quantités, soit isolément en dehors ou en dedans des capillaires, à la limite de l'épithélium et par moitié entre les cellules basales. Le spirochæte pallida a montré sur les coupes, un certain polymorphisme (différences de dimensions, du nombre des replis, de leur ampleur) mais l'A. n'a pas vu de réfringents. Sur les coupes, le spirochæte n'a jamais été rencontré à l'intérieur des cellules. Où les spirochætes sont nombreux, le pigment est peu abondant; l'inverse est vrai. Le spirochæte est plus facile à démontrer dans l'hérédo-syphilis que dans la syphilis acquise. J. M.

Herxheimer et Hubner : **Présence des spirochætes pâles dans la syphilis.** (*Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1905, n° 26 ; in : *La Médecine scientifique*, 1905, p. 115.)— Les auteurs ont employé le procédé de Giemsa. Ils n'ont pas réussi à trouver le spirochæte dans le suc lymphatique des bubons spécifiques, ni dans le sang et les organes des enfants hérédo-syphilitiques. Mais en revanche ils ont presque toujours réussi à le déceler dans les produits morbides de la syphilis précaire et secondaire. Dans la plupart des cas, ils ont examiné des frottis pratiqués avec le liquide interstitiel de papules fraîchement excisées ; dans ces cas ils ne trouvent pas d'autres microorganismes que le spirochæte. Dans les frottis faits avec le liquide provenant du raclage de la surface de chancres ou papules, ils ont pu déceler des spirochætes dans des coupes de chancre : ce cas est le premier où l'on ait réussi à déceler le spirochæte dans les tissus mêmes. Les auteurs réfutent l'opinion suivant laquelle les spirochætes parviendraient du liquide colorant de Giemsa et non des produits syphilitiques examinés. Il semble que la recherche du spirochæte est plus facile en goutte pendante que sur des préparations colorées ; en goutte pendante en effet, les spirochætes sont plus facilement reconnaissables grâce à leurs mouvements. M. D.

LANNOIS ET LEDERICH : **Association de spirilles et de bacilles fusiformes dans un chancre syphilitique à tendance phagédénique.** (*Bul. Soc. méd. hôpit.* 6 juillet 1905.) — Homme de 24 ans présentant un chancre du sillon, petites ulcérations du gland et des syphilides généralisées. Des frottis faits avec le chancre montre des cocci, l'association fusc-spirillaire de Vincent et le spirochæte de Schaudinn. Par la suite, les ulcérations du gland s'étendirent, se regagnèrent pour constituer une véritable ulcération phagédénique dans laquelle on constata une abondance extrême de microbes, des cocci d'association, quelques bacilles fusiformes et quelques rares spirilles. Les auteurs se demandent si la symbiose fuso-spirillaire n'est pas en rapport avec le phagédénisme observé ; la solution aqueuse du bleu de méthylène leur a paru déceler les spirochætes aussi aisément que les colorants spéciaux.
M. D.

P. MULZER : *Arch. f. Derm. u. Syph.* T. 79 p. 387. à lire dans l'original. — Cet article est une simple revue générale sur le spirochæte de Schaudinn. C. A.

QUEYRAT et JOLTRAIN : **Recherche du spirochète de Schaudinn dans les chancres syphilitiques.** (*Bul. Soc. Méd. Hôp.*, 29 juin 1905). — Les auteurs ont cherché le s. dans 33 cas de chancre syphilitique ; ils l'ont trouvé 9 fois soit un peu plus d'une fois sur 4. L'abondance du s. est très variable. Les malades examinés n'avaient pas subi de traitement spécifique : on n'a donc pas à envisager quant à présent l'influence de ce traitement sur le s. Pour la recherche de ce dernier les auteurs donnent la préférence au bleu de Giemsa, mais ils l'emploient en solution à 1/10 préparée extemporanément ce qui permet d'avoir en 2 heures et même 1 heure une bonne coloration du parasite. Les s. colorés par le Giemsa gardent mal la couleur et ne sont généralement plus visibles après quinze jours. Les auteurs ont en vain cherché le s. dans le chancre mou, l'herpes, la balano-posthite érosive. M. D.

QUEYRAT LEVADITI et FEUILLIÉ : **Constatation du spirochète de Schaudinn dans le foie et la rate d'un fœtus macéré.** (*Bul. Soc. Franç. Derm. et Syph.*, decembre 1905). — Les auteurs ont étudié le foie et la rate d'un fœtus macéré ; la mère avait eu la syphilis il y a 5 ans. Ce fœtus avait cessé de présenter des mouvements 8 jours avant son expulsion ; il y avait de l'hydramnios. L'autopsie montra une macération avancée, surtout au niveau du foie, mais nulle part il n'y avait la moindre lésion syphilitique macroscopiquement appréciable. Des s. ont été trouvés dans des fragments de foie et de rate traités par le procédé de Levaditi. Ces s. sont beaucoup plus abondants dans le foie que dans la rate, ce qui est naturel étant donné que le foie est l'organe le plus exposé à l'infection par voie placentaire, ils sont surtout abondants au-

tour des vaisseaux. Il y a un rapport direct entre l'abondance des s. et l'intensité des lésions de macération ; la rate, qui contient moins de parasites est notablement moins macérée que le foie. Ce fait semble une réponse péremptoire à ceux qui ne veulent pas encore considérer le s. de Schaudinn comme l'agent pathogène de la syphilis. Ce rôle semble bien établi, par l'examen de ce fœtus né d'une mère syphilitique, mort avant sa naissance, n'ayant donc pu par conséquent faire pénétrer aucun microbe ni dans son tube digestif, ni dans son appareil respiratoire, et à l'autopsie duquel on trouva le s. dans le foie et la rate. Ce fait montre d'autre part, qu'une syphilitique peut, après 5 ans avoir dans son organisme à l'état vivant et transmissible le microbe de la syphilis. M. D.

THIBIERGE : **Le spirochète pallida de Schaudinn agent pathogène de la syphilis.** (*Gazette des hôpitaux*, 27 janvier 1906). — T. rappelle la découverte de Schaudinn et Hoffmann, puis étudie les caractères du s. et la technique de sa recherche, montrant ensuite les diverses lésions spécifiques au niveau desquelles on l'a rencontré. Doit-on le considérer comme l'agent pathogène de la syphilis ? Quoiqu'on n'ait pu le cultiver sa valeur pathogène a pour elle les présomptions les plus rationnelles. Les données fournies par la recherche du S. peuvent être utilisées pour établir le diagnostic d'une ulcération génitale douteuse, mais ce procédé doit céder le pas à l'examen clinique direct qui, dans l'avenir comme dans le passé, permettra de faire le diagnostic de l'immense majorité des chancres syphilitiques. M. D.

SYPHILIS DE L'APPAREIL DIGESTIF.

CUMSTON. (C. G.) : **Quelques remarques sur la syphilis hépatique au point de vue chirurgical.** (*Arch. gén. de méd.* 14 avr. 1903. p. 897.) — L'A. rapporte d'abord trois observations personnelles de syphilis du foie, traitée par l'intervention chirurgicale. Les gommes du foie donnent les mêmes symptômes que les autres néoplasmes de cet organe. Les signes fonctionnels sont peu marqués au début ; dans beaucoup de cas il y a plutôt sensation de lourdeur dans la région hépatique que douleur vraie. Néanmoins il y aura douleur, par crises et avec mouvement fébrile ou au contraire continue et sans réaction thermique, dans le cas de périhépatite. Si cette dernière est intense, s'accompagne d'adhérences, il y aura douleur très vive, avec respiration difficile. Au bout de quelque temps, la dépression nerveuse, la perte des forces font leur apparition, surtout le soir. Les troubles digestifs sont caractérisés par la perte de l'appétit, de la diarrhée ou de la constipation, parfois des vomissements. L'ascite est un symptôme constant : liquide très abondant et se renouvelant très rapidement. Physiquement, il y a augmentation de volume de la région hépatique et de l'ab-

domen, avec développement de la circulation collatérale. La palpation révèle la présence de la tumeur, suivant souvent les mouvements respiratoires, siégeant en des points et dans des limites très divers suivant le lobe atteint. La mobilité de la tumeur est variée, mais en général marquée dans le sens transversal, rarement dans le sens vertical. En résumé, les néoplasmes syphilitiques doivent être diagnostiqués des autres néoplasmes du foie. Le diagnostic sera posé avec le kyste hydatique, avec l'abcès du foie ; la tuberculose du foie sera éliminée souvent à cause de sa rareté, le carcinome devra être sérieusement envisagé. Enfin l'A. rapporte une observation d'un ulcère du duodenum pris pour un néoplasme hépatique. D'après Cumston, dans le cas de syphilis du foie, on doit tout d'abord prescrire et maintenir un traitement antisyphilitique pendant longtemps, soit par le mercure en frictions, soit par l'iodure de potassium pris à l'intérieur. Mais si les gommes persistent, il faut, contrairement à l'avis de Segond, intervenir chirurgicalement, sauf dans le cas de tumeurs disséminées ou non accessibles. L'extirpation de la gomme est sans danger et facile si la tumeur est superficielle, principalement si elle est pédiculée. La dimension de la tumeur importe peu. L'hémorrhagie est la complication la plus à redouter. Le thermocautère pourra rendre des services pour la section du foie, il est sans valeur hémostatique pour les gros vaisseaux. Les ligatures et le tamponnement à la gaze iodoformée sont les procédés de choix. On emploiera la ligature de soie ou de fil de celluloïd pour comprimer les grandes surfaces ou la ligature élastique, notamment avec la sonde de Nélaton. On devra particulièrement soigner l'hémostase ; on peut enlever de grandes portions de parenchyme sans risque de mort par hémorrhagie. Si les néoplasmes sont profondément situés, on fera des sutures en chaîne en plein organe, en ayant soin de se servir d'une aiguille mousse pour éviter de ponctionner les gros vaisseaux hépatiques. En terminant, l'auteur cite toutes les observations qu'il a trouvées dans la littérature, observations au nombre de vingt-quatre de laparotomie pour gommes hépatiques. E. K.

Mariano direz Flores Estrada : **Syphilis primitive et tertiaire de l'appareil digestif, les annexes exceptées.** (*Rev. Esp. de Derm. y sif.*, 1905, p. 508. (*Thèse de Madrid*, 5 mai 1905). — Conclusions. — 1° L'homme attrape la syphilis d'abord par l'appareil génital, en second lieu par l'appareil digestif. 2° Celui-ci est incontestablement le plus éprouvé par l'infection syphilitique, assez à la première période, beaucoup dans les deux dernières. 3° La manifestation initiale affecte les points terminaux : lèvres, amygdales, rectum. On ne la trouve pas à l'œsophage, dans l'estomac, aux intestins. 4° Les chancres buccaux sont les plus fréquents des extra-génitaux, et parmi eux, les chancres labiaux : après les lèvres génitales, les lèvres buccales sont le plus souvent atteintes par la manifestation initiale de la syphilis. 5° Au point de vue de leur évo-

lution clinique, l'A. divise les chancres buccaux en deux groupes : chancres à évolution ordinaire, siégeant aux lèvres, à la langue, à l'amygdale, aux gencives, aux joues ; et chancres à évolution fébrile, douloureuse, siégeant exclusivement sur l'amygdale. 6° Les chancres buccaux siègent, par ordre de fréquence aux : lèvres, amygdales; langue, gencives, palais, voile du palais, joues. 7° Au point de vue anatomo-pathologique, les chancres labiaux offrent l'aspect suivant : ulcéreux, scléreux, papuleux, croûteux, maculeux pustuleux; aspects se résumant à deux ulcéreux avec var. pustuleuse et croûteuse et scléreuse avec var. maculeuse et papuleuse. 8° Après les chancres buccaux, les plus fréquents de la cavité bucco-pharyngée sont les chancres des amygdales qui parfois présentent une évolution angineuse, importante au point de vue du diagnostic différentiel. 9° Le chancre amygdalien est ulcéreux diphtéroïde ou gangréneux. On peut y ajouter une forme moins ulcérée et plus inflammatoire (amygdalite chancreuse de l'A.). 10° Toutes ces variétés anatomo-pathologiques évoluent cliniquement : soit insidieusement, apyrétiquement ou fébrile ment avec douleurs (évolution angineuse). 11° Le diagnostic différentiel des chancres tonsillaires de la première variété n'offre aucune difficulté ; pour ceux de la 2°, on tiendra compte de la triade symptomatique : unilatéralité, dureté, adénopathie , pour la var. amygdalite chancreuse du manque d'ulcération et de la grande réaction inflammatoire. 12° Tout virus exigeant une porte d'entrée pour produire l'infection il affecte ici les deux pôles opposés, bouche et rectum. 13° Le chancre syphilitique de l'anus, plus fréquent chez la femme, siège à l'extrémité terminale de la ligne médiane par suite de conditions spéciales à la région ; outre les aspects propres à tout chancre syphilitique, il peut en offrir 4 autres que l'A. appelle eczématiforme, herpétiforme, fissuraire et chancre en feuillets de livre de Fournier : Les deux premières var. s'expliquent par les conditions pathologiques de la région ; les deux autres, par les conditions anatomiques. 14° Le polymorphisme du chancre anal est certain ; il est beaucoup plus variable que celui de l'amygdale. C'est le plus atypique, multiple, douloureux (fissure ano-chancreuse syphilitique). 15° Le chancre intra-rectal est peu fréquent. Son diagnostic est difficile. 16° De toutes les régions, la cavité bucco-pharyngée est la plus atteinte par les manifestations tertiaires de la syphilis. Le syphilome avec ses variétés gommeuse, scléreuse et ses ulcères se rencontre dans toutes les parties du tube digestif, d'autant moins fréquent qu'on s'éloigne du pharynx et qu'on se rapproche du rectum où il redevient fréquent. 17° Dans la cavité bucco-pharyngée, la manifestation primitive de la syphilis diminue de fréquence à mesure que l'on se rapproche du pharynx, ici on le rencontre beaucoup moins souvent qu'aux lèvres, contrairement aux manifestations tertiaires, plus fréquentes au pharynx qu'aux lèvres. Le syphilome s'y présente avec ces 2 var. gommeuse et scléreuse la 1re plus fréquente à la lèvre supérieure, la 2e à l'inférieure. 18° Le syphilome gommeux

montre dans son évolution les 4 périodes d'infiltration, induration ulcération et réparation : le syphilome scléreux : ses deux périodes : hypertrophique, simulant la lèvre du scrofuleux, et atrophique, rappelant celle du sclérodermique. Les 2 lésions sont spéciales à la syphilis très avancée. 19° La langue est beaucoup plus atteinte par la syphilis tertiaire par prédisposition anatomique et physiologique. 20° Les 2 var. de syphilis siègent à la langue, la plient, la lobulent, l'hypertrophient, l'atrophient, la crevassent, l'ulcèrent suivant leur localisation et leur variété, 21° L'œdème de la langue est un épisode aigu qui peut se présenter dans les crises de glossopathie spécifique comme l'œdème de la glotte dans les laryngopathies du même ordre. 22° La syphilis de la voûte du palais est le siège de gommes, qui par suite de considérations anatomiques, arrivent à la perfection. 23° Celle-ci s'accompagne de troubles importants de la déglutition et de la phonation ; elle n'est pas toujours consécutive à la syphilis nasale, comme on tend trop à le croire ; elle se fait souvent de bas en haut comme suite d'une gomme de la voûte. 24° La syphilis tertiaire affecte le voile du palais comme le tubercule affecte le sommet du poumon. Outre les 2 var. de syphilome, on y trouve l'ulcération tertiaire serpigineuse non perforante, qui fend, perfore et détruit le voile du palais. 25° On y rencontre aussi des ulcérations tertiaires précoces à forte tendance hémorragique. 26° Sur l'amygdale, on rencontre toutes les ulcérations tertiaires. Aux 3 périodes de la syphilis, l'amygdale réagit à l'infection comme un organe éminemment adénoïdien ; à la 1re amygdalite chancreuse ; à la 2e amygdalite toxique , à la 3e ulcère. 27° A la période tertiaire de la syphilis, l'amygdale présente l'atrophie due à la sclérose ; la sclérose a déterminé la destruction du tissu adénoïde. Hypertrophie = tuberculose ; atrophie = syphilis. 28° Au pharynx, maximum de fréquence de la syphilis ; base osseuse et dure recouverte d'une muqueuse fibro-musculeuse, lésions d'ostéo-myélite, hémorragie. 29° Dans la forme scléreuse, on craindra aussi la sténose du pharynx par rétraction cicatricielle (gommes), sclérose des parois (syphilomes) adhérences aux organes voisins surtout le voile du palais (ankylose pharyngo-palatine). 30° La sténose par gommes se rencontre aux extrémités des cavités naso-pharyngée et laryngo-pharyngée ; celles dues à des adhérences ulcéreuses se trouvent à la partie médiane bucco-pharyngée et celles dues à des syphilomes indistinctement dans les 3 régions et quelquefois dans les 3 en même temps. 31° Les troubles fonctionnels sont d'autant plus graves que la sclérose se trouve plus bas par suite de la proximité du larynx et de la complication des fonctions. 32° L'œsophage réagit à la syphilis comme à toute autre cause morbide, mécaniquement, en se rétrécissant, s'ulcérant. 33° Ces lésions y siégent surtout au tiers supérieur. Les gommes, ulcères, sclérose, y occasionnent des rétrécissements, ulcères, perforations, ruptures. On y joindra un trouble indépendant de ces lésions, la dysphagie-paralytique. 34° Les lésions sont dues aux propriétés très

toxi-infectieuses et aux néoplasies de la syphilis. 35° Ces lésions ne se diagnostiquent pendant la vie que par exclusion. 36°. L'estomac résiste à la syphilis; mais à la période tertiaire on y trouve les ulcères et les syphilomes classiques. Au point de vue anatomo-pathologique toutes les lésions tertiaires de l'estomac sont des gommes; cliniquement, elles sont toutes ulcéreuses. 37° L'ulcération est la lésion tertiaire la plus fréquente de l'ulcère, qu'elle soit d'emblée ou gommeuse. Les gommes se rencontrent surtout à la face postérieure et au voisinage des orifices. 38° On devra veiller à la grande tendance aux hémorrhagies que présentent les lésions ulcéro-syphilitiques de l'estomac. 39° Les lésions concomitantes du foie et de l'estomac sont fréquentes. On fera pour l'estomac le diagnostic avec l'ulcère de Cruveilhier. Celui-ci a des lésions ulcéreuses ; comme l'autre, mais survient chez de jeunes chloro-anémiques tandis que l'autre survient chez d'anciens syphilitiques; là, hyperplasie artérielle ; ici, sclérose vasculaire. 40° Suivant l'A., l'estomac syphilitique paraît en de bonnes conditions pour la productions d'ulcère de Cruveilhier ; en cas d'ulcères parasyphilitiques, le diagnostic peut être des plus épineux. 41° L'ulcère gommeux, localisé au pylore, peut provenir, comme tout autre ulcère, de la sténose. Diagnostic sans utilité, traitement purement chirurgical. 42° L'intestin est la partie la moins atteinte par le tertiarisme, sauf le rectum. 43° L'intestin grêle présente des gommes-ulcères, scléroses avec hémorrhagies, rétrécissements, perforations consécutives. On y ajoute la dégénérescence amyloïde de la muqueuse. 44° L'anatomie pathologique réunit le tertiarisme intestinal aux autres ; cliniquement, il se rapproche des entéropathies. 45° Les lésions syphilitiques sont plus fréquentes au gros intestin qu'à l'intestin grêle. Elles sont la suite du rétrécissement, des gommes, de la néoplasie, de l'ulcération, de la cocaïnisation, des syphilomes, de la stricture (Leichenstern). 46° Le diagnostic différentiel des entéropathies syphilitiques est difficile, mais généralement possible par suite des symptômes concomitants. 47° Le rectum, très souvent intéressé, est le siège d'ulcères, de syphilomes et de rétrécissement. 48° Ceux-ci dominent la pathologie rectale. Ils sont surtout fréquents chez la femme. Toute lésion syphilitique primaire, secondaire, ou tertiaire, peut occasionner le rétrécissement mais aucune autant que le syphilome scléreux. 49° Les trois types de rétrécissement rectal : musculaire, cicatriciel et inflammatoire, se montrent chez le syphilitique ; le 1er pour les gommes, le 2e pour les ulcères, le 3e pour les syphilomes scléreux. 50° Le diagnostic se fait par la situation intérieure, la dureté, la lenteur de l'évolution, l'aspect rugueux de la muqueuse. 51° Le rétrécissement syphilitique du rectum s'accompagne du syndrome de tout rétrécissement rectal. 52° La fréquence des lésions syphilitiques des extrémités du tube digestif est telle qu'elle facilite le diagnostic ; la plus grande partie des maladies de l'estomac ou du rectum devront faire penser à cette terrible maladie infectieuse qui décime l'humanité.

J.-M.

Milhit : **La syphilis du foie** (*Gazette des hôpitaux*, 20 janvier 1906.) — Etude d'ensemble sur la syphilis hépatique dans la syphilis héréditaire précoce et tardive dans la syphilis acquise. Bibliographie. M. D.

VÉNÉRÉOLOGIE — VARIA

J. V. Broich : **Sur le Priapisme.** (*Arch. f. Derm. u. Syph.*, t. LXX p. 171.) — Histoire d'un homme syphilitique, alcoolique et atteint de chaudepisse qui offrit une érection douloureuse incessante pendant 29 jours de suite. L'érection en question était vraisemblablement due à une chaude pisse, mais celle-ci ne peut être constatée que le 15e jour, jusqu'à ce moment, il n'y avait eu aucune trace de pus. A ce sujet B. rappelle une série de faits intéressants. Il admet que, chez son malade, il y a eu cavernite initiale gonococcique avec hémorrhagie et thrombose ; cette cavernite s'est vidée par abcès dans l'urèthre d'où tardive apparition du pus. Le traitement par les remèdes internes, etc., était resté impuissant. C. A.

R. Molla : **Tumeur fongueuse du testicule diagnostiquée cancer, guérie sans intervention chirurgicale.** (*Rev. Esp. de Sif. y Derm.*, avril 1903, n° 52 p. 154.)— Laboureur, 45 ans, de bonne constitution, sans aucun antécédent. Début il y a huit ou dix mois par une augmentation du volume de la partie antéro-inférieure du testicule. Pas de douleur ni spontanée ni à la pression, pas d'altérations ni d'adhérences de la peau de la région, pas de modifications de voisinage. Il y a quatre ou cinq mois, la peau de la partie antéro-externe du scrotum gauche s'ulcéra et se recouvrit d'un tissu fongueux, rugueux, mamelonné, de couleur rouge cuivre, peu sensible au toucher, ne saignant pas sans contacts, d'aspect rappelant le chou-fleur, suppurant légèrement, grosseur d'une pomme ordinaire, ganglions, prostate et canaux spermatiques sains. Diagnostic par exclusion : fongus syphilitique. L'interrogatoire ne donna pas de renseignements confirmatifs. L'examen clinique ne faisait, du reste, pas penser à la syphilis testiculaire classique. Néanmoins l'A. prescrivit l'iodure à l'intérieur (de 1/2 à 6 gr. par jour), antisepsie locale, régime toniflant. Guérison. J. M.

R. Muller et G. Scherber : **Etiologie et clinique de la balanite érosive circinée, et de la balanite gangréneuse.** (*Arch. f. Derm. u. Syph.*, t. 77, p. 77.) — Les auteurs commencent par résumer les recherches antérieures ; en particulier celle de Berdal et Bataille, et de Vincent. Ils décrivent la maladie, les tuméfactions ganglionnaires, le phimosis, et donnent une série de recherches bactériologiques. Ils concluent : il existe une forme caractérisée, anatomiquement et cliniquement, de balanite érosive contagieuse, qui peut devenir gangréneuse. Dans les érosions et ulcérations, on

trouve régulièrement un microorganisme en forme de vibrion prenant le gram, en même temps que des spirochètes qui ne le prennent pas. Ces 2 microorganismes végètent sur milieux de culture contenant du sérum, mais en technique anaérobie. On ne sait pas encore si ces microorganismes sont identiques à ceux des processus gangréneux et ulcéreux de la bouche. C. A.

H. Pfeiffer : **Flore bactérienne de l'urèthre normal de l'homme.** (*Arch. f. Derm. u. Syph.* t, LXIX p. 379.) — Voici les conclusions : L'urèthre normal, même dans son segment postérieur, contient des germes nombreux. Ce sont surtout : un bacille pseudo-syphilitique et le strepto-bacille de l'urèthre qui paraissent importants au point de vue des uréthrites et des cystites post-blennorrhagiques. Leur pouvoir pathogène est indéterminé. Ils n'ont jamais trouvé ni streptocoque vrai, ni bacillus coli-commune. Voici le tableau (d'après 24 malades) ; bacille pseudo-diphtéritique, 20 fois sur 44 ; strepto-bacille uréthral, 10 fois sur 44 ; staphylocoque blanc, 10 fois sur 44 ; sarcine blanche typique, 7 fois sur 44, sarcine blanche atypique, 7 fois sur 44 ; staphylocoque doré, 5, etc. C. A.

Moncayo Redin : **Un cas remarquable d'hydrocèle vaginale double. Guérison.** (*Rev. Esp. de Syf. y Derm.*, 1904, p. 362.) — H., 45 ans, marié, de bonne constitution. Six ans auparavant, coup sur le testicule droit, très douloureux, sensation de gêne, augmentation de volume. Le gauche augmente progressivement comme le droit. La marche devint pénible et douloureuse en raison du poids des parties. On pourrait penser à un éléphantiasis, mais le diagnostic confirme l'existence d'une hydrocèle vaginale double. La ponction donne à droite 2.070 grammes ; à gauche, 1,680. La guérison survint après trois mois. J. M.

Rona : **Le chancre phagédénique diphtérique gangréneux, des auteurs.** (*Arch. f. Derm. u. Syph.*, t. LXVII p. 259.) — R. d'après trois cas personnels, conclut, conformément à Matzenauer, qu'il s'agit là d'une complication qui n'est ni chancreuse, ni diphtérique. Il y a découvert des spirilles ; mais ces spirilles se rencontrent dans les inflammations suppuratives des organes génitaux dans des conditions très variées ; ils ne se distinguent pas des microorganismes décrits par Berdal et Bataille dans certaines balanites. Ces spirilles représentent un organisme bacillaire encore mal défini, qui ne prend pas le gram, etc. Les bacilles et les spirilles qu'on trouve dans l'eschare des chancres gangréneux n'en diffèrent pas ; ils peuvent facilement s'associer au strepto-bacille, mais ne se confondent pas avec lui. Il n'y a pas de raison de confondre ces faits avec la pourriture d'hôpital. C. A.

Stoner : **Cas de végétations vulvo-vaginales.** (*Med. Rec.*, 26 sept. 1903.) — Il s'agit d'une domestique de 18 ans atteinte de blennorrhagie avec sécrétions abondantes et présentant de nombreu-

ses végétations sur la vulve. Après des injections antiseptiques, les végétations furent enlevées et les bases d'insertion cautérisées. En dépit de soins incessants, les végétations repoussèrent, malgré une seconde excision. Les parois-vaginales étaient couvertes de végétations, plusieurs occupaient le col de l'utérus. On les excisa sous l'anesthésie par l'éther. Il fallut sacrifier même une partie des lèvres en raison de l'exubérance des végétations.D'après Unna, il faut distinguer les condylomes des papillomes vrais,dans les premiers les papilles ne sont pas des tumeurs indépendantes, mais constituent seulement une exagération de leur volume normal par l'infiltration de leucocytes.Les condylomes semblent s'étendre sur la muqueuse vulvaire par un processus serpigineux ; mais il est rare qu'ils envahissent les muqueuses du vagin de l'urèthre, du rectum. L. J.

Henry Spooner : **Rétrécissement de l'urèthre chez l'homme.** (*Med. Rec.* 17 octobre 1903.) — C'est une véritable leçon didactique que publie l'auteur sur la définition, l'étiologie, l'anatomie pathologique, les symptômes et l'évolution clinique des rétrécissements de l'urèthre, qu'il distingue du spasme de l'urèthre, phénomène transitoire. Les causes sont les inflammations et le traumatisme. La blennorrhagie, les injections abortives sont les causes les plus fréquentes. La syphilis tertiaire, sous forme de gomme, la tuberculose sont quelquefois des causes de rétrécissement. Au sujet de l'anatomie pathologique, l'auteur reproduit dans son article les différents aspects de la muqueuse de l'urèthre donnés par l'endoscope. L. J.

REVUE DE LA PRESSE

M. Rovery : **Contributions à l'étude de la lèpre.**— Travail qui résume les travaux des auteurs qui se sont occupés de la lèpre dans les Alpes-Maritimes. L'auteur s'est surtout servi du travail de Boinet et Ehlers,publié dans *Lepra* 1902. Voici ses conclusions :

I. Il existe encore dans les Alpes-Maritimes une quarantaine de lépreux.

II. — La déclaration obligatoire de cette maladie devrait être imposée aux médecins et « puisque en vertu de la loi du 8 août 1893, les étrangers sont tenus de se faire inscrire dans les huit jours à la mairie du lieu de leur arrivée, l'autorisation de cette inscription ne devrait être accordée aux immigrants qu'après la visite faite par le service sanitaire du lieu.». (Conférence de Berlin,1897.)

III. Le bacille de Hansen a pu être cultivé par Spronk qui a obtenu une race modifiée.

IV. Le sérum des individus non lépreux agglutine les bacilles obtenus par Spronk du 1/30 au 1/20. Pour que la lèpre puisse être reconnue, il faut que le sérum agglutine au-dessus du titre de 1|60. C'est à ce sérodiagnostic, qui a déjà fait ses preuves, qu'il appartiendra de reconnaître les cas douteux de lèpre ou de syringomyélie.

V. Le sérum des lépreux agglutine souvent les cultures homogènes de tuberculose humaine (type A de la collection des cultures Arloing-Courmont). Mais on ne peut guère en tirer de conclusions, soit au point de vue du rapport des bacilles de la lèpre et de la tuberculose, soit au point de vue du diagnostic, car la plupart des lépreux présentent des lésions tuberculeuses. (*Thèse Lyon*, 1905, anal. in : *Lepra*, vol. 6, fasc. 3, juin 1906).

POTTER : **L'atrophie des glandes de la base de la langue comme signe de syphilis.** — Il y a longtemps que Virchow avait signalé, dans la syphilis ancienne, l'atrophie des follicules glandulaires à la base de la langue qui alors sont moins nombreux et plus petits que normalement. Cette dernière donnée anatomo-pathologique ne paraît pas avoir encore été vérifiée et utilisée en clinique. C'est ce que M. Potter a cherché à faire en examinant, au point de vue de l'état des glandes de la base de la langue, 300 sujets atteints de diverses maladies. Il put constater une atrophie de ces glandes chez tous les malades qui accusaient la syphilis dans leurs antécédents et ne la trouva que chez 10 0/0 des sujets n'ayant pas subi l'infection syphilitique. L'examen de la base de la langue fut fait ici non seulement par l'inspection directe qui, à elle seule, est insuffisante, mais aussi par le toucher. La conclusion de l'auteur est que l'état normal des glandes à la base de la langue constitue un argument contre l'existence de la syphilis, tandis que leur atrophie typique, chez des sujets âgés de moins de cinquante ans (?), peut figurer parmi les signes de présomption de la syphilis. Mais il faut pour cela que cette atrophie soit bien accusée, une atrophie légère ne pouvant pas avoir, dans l'espèce, de valeur diagnostique. (Ex. *Boston med. and surg. Journ.*, 8 mars 1906, anal. in. *Bull. med.* 16 juin 1906).

HEFTER : **Constance de lésions histologiques de la peau dans les régions indemnes, en apparence, de manifestations syphilitiques.** — Pavlov, Caspary, Friedmann, Ivanov, ont constaté, chez des syphilitiques, l'existence d'altérations microscopiques de la peau en des régions indemnes de toute manifestation secondaire ou tertiaire. Ces constatations viennent d'être confir-

mées dans les recherches instituées par M. Hefter sur quatre syphilitiques du service de M. Zélénev professeur de syphiligraphie et de dermatologie à l'Université de Kharkov. En pratiquant des biopsies tégumentaires en des régions saines en apparence et en examinant ensuite au microscope les fragments excisés, cet auteur a pu y trouver, même un an après la dernière éruption syphilitique, des altérations histologiques, telles que l'infiltration de petites cellules rondes et le gonflement des noyaux de l'endothélium de la tunique vasculaire interne, ces noyaux proéminant à l'intérieur du vaisseau.

C'est là une confirmation d'une règle actuellement admise dans la thérapeutique de la syphilis, à savoir: que cette maladie doit être traitée avec énergie non seulement lors de ses manifestations visibles, mais aussi après sa disparition de toute lésion appréciable à l'œil nu. (*Rousskyjourn. Kojnykh i vener.bol.*. Anal. in: *Bull. méd.* 16 juin 1906.)

THÉRAPEUTIQUE, PRESCRIPTIONS ET FORMULES

Traitement de la blennorragie aiguë ou subaiguë antérieure.

(KLOTZ.)

La thérapeutique de la blennorragie consiste dans la résolution de ce double problème : détruire le gonocoque et combattre l'irritation de la muqueuse produite par l'infection d'une part et par l'usage des antiseptiques d'autre part.

L'auteur fait des injections de nitrate d'argent à une dose variant entre 1/400 et 1/800 tous les 4 à 5 jours ; pour faire ces injections, il se sert d'une seringue analogue à la seringue intra-utérine de Braun ou d'une sonde en caoutchouc ; la solution est déposée au niveau du bulbe, on ferme le méat et on garde 2 à 3 minutes, puis on laisse écouler le liquide, en injectant au besoin une deuxième seringue. Après l'injection, l'écoulement s'exagère pendant 8 à 10 heures ; puis le malade se fait des injections astringentes de la solution suivante :

Acide borique.....	1 gr. 50
Acétate de plomb.	āā 0 gr. 75
Sulfate de zinc...	
Glycérine.........	4 grammes
Eau..............	120 —

Au bout de 4 à 5 jours on fait une nouvelle injection de nitrate d'argent à dose un peu plus concentrée. Quand l'écoulement a disparu, on cesse progressivement les injections caustiques et les injections astringentes. Si on a à traiter un malade infecté pour la première fois, on fait une injection de nitrate tous les jours pendant les trois premiers jours, en y ajoutant une injection astringente matin et soir ; les injections de nitrate sont renouvelées le cinquième, le huitième jour, puis ensuite tous les 3 ou 6 jours, en continuant chaque jour les injections astringentes. (*New-York med. Journ.* et *Revue de thér. méd. chir.*, 1906, p. 680.)

Effets remarquables des injections sous-cutanées d'iodoforme chez les lépreux.

(DIESING.)

L'auteur, médecin militaire allemand au Cameroun, a obtenu, dans 5 cas de lèpre, la disparition de toutes les lésions visibles de cette maladie, sauf quelques reliquats pigmentaires, au moyen d'injections hypodermiques d'iodoforme en é-

mulsion huileuse à 30 %. La durée de ce traitement a varié entre deux mois et demi et trois mois. Les injections étaient répétées chaque jour. On injectait d'abord 4 cc. d'huile iodoformée, puis on augmentait rapidement jusqu'à 8 cc., quantité qu'on ne dépassait plus. Ce n'est généralement qu'à partir de l'emploi de cette dernière dose que les manifestations lépreuses commençaient à rétrocéder. Jamais il n'y eut de phénomènes d'intoxication.

L'auteur fait ressortir, avec raison, tout l'intérêt que présentent ces résultats, non seulement pour le traitement de la lèpre, mais aussi pour la thérapeutique des infections chroniques en général. C'est ainsi que l'iodoforme, dont l'efficacité dans les tuberculoses locales est reconnue, pourrait peut-être, employé en injections sous-cutanées et à haute dose, rendre des services dans la tuberculose pulmonaire. (*Deuts. med. Woch.*, 7 juin 1906, et *Bull. méd.*, n° 48, 1906.)

Mixture contre l'urticaire.

Acide thymique...	1	gramme
— phénique....	2	—
Menthol...........	0	gr. 25
Eau de Cologne...	100	grammes
Alcool camphré....	100	—

Faire de légères applications avec du coton hydrophile sur les régions prurigineuses. (*Gaz. méd. des Sc. méd. de Bordeaux*, avril 1906.)

Traitement local des gommes syphilitiques par les injections d'iodure de potassium.

(Boisseau.)

Les injections locales d'iodure de potassium peuvent être pratiquées d'après l'auteur, quand il s'agit d'accidents peu nombreux, comme le sont les accidents tertiaires. Les avantages qu'elles présentent sont les suivantes :

La dose de médicament actif injectée est minime et utilisée par les tissus malades et par eux seuls ; elles suffisent à elles seules à guérir les accidents et elles agissent rapidement.

Elles ne donnent jamais d'accidents d'intoxication iodique, même chez les malades qui présentent de l'intoxication à ce médicament absorbé par la bouche .

On peut les employer, soit en les associant au traitement général mercuriel, soit isolément.

Elles constituent le seul mode de traitement dans les cas de contre-indication à la médication mercurielle et en même temps d'intolérance à l'iodure de potassium ;

Elles peuvent guérir les lésions qui ont résisté au traitement mercuriel ;

Elles peuvent être employées comme moyen de diagnostic, comme pierre de touche.

La technique de l'auteur est la suivante. On se sert d'une seringue de Lüer de 2 centimètres cubes et d'une aiguille en platine iridié de 2 cent. 1/2. L'injection peut être faite tous les jours. Il est bon de ne pas la faire toujours au même point, de changer chaque jour de place et de circonscrire ainsi la région à traiter ; il vaut mieux, en effet, injecter l'iodure dans le tissu sain que dans la gomme elle-même.

La solution iodurée est à 3 p. 100, soit 6 centigrammes par injection. Celle-ci est un peu douloureuse. Labadie-Lagrave et Rollin ont cherché à éviter cet inconvénient en faisant chauffer la solution au bain-marie, ou en y associant, soit du chlorhydrate de codéine, soit du biiodure de codéine, mais l'iodure précipite ces alcaloïdes. La subcutine de Midy donne également un précipité.

Sur le conseil de M. Duret, interne en pharmacie à l'hôpital Saint-Louis, l'auteur ajoute à la solution du gaïacoloïde obtenu par mélange de camphre et de gaïacol. On met du gaïacoloïde en excès dans l'eau. Après avoir agité et décanté, on fait dissoudre à froid, dans le liquide obtenu, la proportion d'iodure voulue (3 % (*Thèse de Paris*, 1906.)

Une pommade contre l'ulcère de jambe.

(Beldan.)

Les plaies de jambes, dues le plus souvent à des ulcères variqueux, sont habituellement lentes à guérir. Un médecin de Riga, M. G. Beldan, vient de faire connaître la formule d'une pommade, employée comme remède secret dans ces cas et qui

bien que composée d'ingrédients indifférents, lui a donné d'excellents résultats. En voici la composition.

Sucre blanc pulvérisé...		2 gr.
Cire blanche...........		5 »
Miel rosat............		8 »
Huile d'olives blanche..	ââ	15 gr.
Suif de bœuf.........		

Mêlez intimement.

L'ulcère est recouvert d'une toile fine sur laquelle on a préalablement étalé une forte couche de cette pommade. Le pansement est fixé par quelques tours de bande. S'il y a des varices, on fait porter un bas élastique.

Le pansement est renouvelé matin et soir. Chaque soir, avant l'application d'un nouveau pansement, l'ulcère est lavé à l'eau tiède dans laquelle on a fait dissoudre un peu de savon noir.

Lorsque la sécrétion est très abondante, on cherche à la modérer par l'application d'un pansement sec pulvérulent avant d'employer la pommade en question. (*Bull. gén. de Thér.* 30 août 1907.)

Pommade pour empêcher la chute des cheveux.

Moelle de bœuf.......		75 gr.
Extrait de quinquina..		10 »
Teinture de cantharides	ââ	V gt.
Jus de citron........		
Huile de cèdre........	ââ	X gt.
— de bergamote...		

(*Bull. gén. de Thér.*, 30 août 1907.)

Traitement des engelures.

(BROCQ.)

Le traitement des engelures préconisé par M. Brocq consiste à baigner les mains dans une décoction de feuilles de noyer très chaude, à les frictionner avec l'alcool camphré après les avoir essuyées et à les saupoudrer avec :

Salicylate de bismuth..	10 gr.
Amidon..............	90

Les démangeaisons du soir sont calmées par des frictions avec :

Glycérine.......	ââ	50 grammes.
Eau de rose.....		
Tannin..........		de 0,10 cent à 1.

Chez les sujets prédisposés aux engelures, M. Brocq institue un traitement interne préventif consistant à faire prendre, à l'approche des froids, dès le mois d'octobre, des pilules renfermant chacune ;

Sulfate de quinine..	ââ cinq centigr.
Ergotine..........	

Poudre de feuilles de digitale 5 millig
Extrait de belladone un milligr.

Deux à quatre pilules par jour dont on continuera l'usage tout l'hiver, avec quelques repos.

— Contre les gerçures des mains ou pour les personnes qui ont les mains rouges et les exposent au froid on peut faire appliquer pendant la nuit le mélange suivant :

Lanoline........	60 grammes.
Huile d'amandes douces.........	50 grammes
Vaseline........	0,10 centigr.
Essence de rose..	X gouttes.

P. L.-C.

(*Journ. de Méd. et de Chir. pratiques*, art. 21543, 1907.)

Traitement des engelures.

(JADASSOHN.)

Une à trois fois par jour, on baigne les mains et les pieds dans de l'eau aussi chaude que possible, pendant dix à quinze minutes; on essuie ensuite minutieusement, et si les engelures sont ulcérées, on fait un lavage à l'alcool, Le soir, on fait un massage prolongé avec la pommade dont on laisse une couche sur les engelures :

Ichtyol.........	1 à 5 gr.
Résorcine.......	1 à 3 »
Lanoline........	55 »
Huile d'olive.....	10 »
Eau distillée.....	50 »

Si les ulcérations sont très étendues pommade jour et nuit. (*Bull. gén. de Thér.* 15 sept. 1907.)

Traitement non chirurgical des hémorroïdes.

(OZENNE.)

On conseille d'abord les pulvérisations phéniquées chaudes, les applications de compresses ou mieux d'éponges trempées dans de l'eau chaude ; ces éponges bien exprimées sont maintenues en permanence sur les tumeurs enflammées, à la condition que leur température ne soit pas trop élevée. A ces moyens il est bon d'ajouter l'usage de quelques substances calmantes (belladone,

ciguë, jusquiame, opium, morphine), soit sous forme de suppositoires, soit sous forme de pommade iodoformée. Allingham prescrit en outre des fomentations avec le glycérolé de tannin ou une pommade au calomel dont l'application produit une cuisson assez vive, il est vrai, mais qui n'est que passagère et est rapidement suivie de la diminution de la turgescence.

Dans les cas d'hémorrhoïdes internes, les moyens palliatifs sont indiqués : quelques médicaments internes, jouissant d'une propriété décongestive, sont recommandés.

Tels sont l'hamamelis virginica (en décoction, en teinture : 2 à 5 grammes) ; en extrait sec ; 0,05, à 0.15 centigrammes) ; le capsicum (extrait 0.50 centigr. à 1 gramme en pilule) et l'ergotine, fort infidèle à la vérité.

Le Dr Preissmann (d'Odessa) traite les tumeurs de la manière suivante : avec une solution iodo-iodurée de glycérine, il imbibe de petits tampons de coton, qu'il applique sur les hémorrhoïdes, en ayant soin de les renouveler toutes les trois ou quatre heures. Ces applications sont un peu douloureuses au début ; aussi convient-il, si le sujet est très sensible ou si les hémorroïdes sont enflammées, de commencer par une solution faible (glycérine 25 grammes, iode 0,20 centigrammes, iodure de potassium 2 grammes) pour arriver graduellement à une plus forte (iode 1 gramme et iodure 5 grammes). On verrait ainsi le volume des hémorrhoïdes diminuer rapidement, les ulcérations se cicatriser en peu de temps, et même dans les cas les plus invétérés et les plus graves, la guérison s'obtiendrait en général dans l'espace de deux à trois semaines.

M. Ozenne indique encore les moyens adjuvants suivants :

Pommade.

Cold cream.........	15	gr.
Tannin............	2	gr.
Extrait thébaïque..	0	gr. 25
Beurre de cacao....	10	gr.
Eau d'amande.....	7	gr. 50
Extrait d'hamamelis	0	gr. 20
Onguent populeum.	30	gr.
Cérat saturné......	10	gr.
Antipyrine	3	gr.
Extrait de belladone............ } Extrait thébaïque }	ââ 1	gr.
Vaseline...........	30	gr.
Tannin............	1	gr. 50
Chlor. de cocaïne...	1	gr. 50
Sulfate de morphine	0	gr. 30
Sulfate d'atropine..	0	gr. 25

Suppositoires.

Beurre de cacao....	2	gr.
Onguent populeum.	1	gr.
Extrait de jusquiame...... } Extrait de ciguë }	ââ 0	gr. 15

Pour 1 supp.

Beurre de cacao...	4	gr.
Chlorh. de morphine	0	gr. 02
Iodoforme.........	0	gr. 05
Extrait de ratanhia.	0	gr. 5C

Pour 1 supp.

Chrysarobine......	0	gr. 06
Iodoforme.........	0	gr. 015 m.
Extrait de belladone	0	gr. 007 m.
Beurre de cacao....	2	gr.

Pour 1 suppositoire.

(*Journal de médecine de Paris*, n° 342, 1906.)

Radioscopie et traitement mercuriel.

(Noiré.)

Le traitement de la syphilis par les sels insolubles ne va pas toujours sans aléa pour le malade, et trop souvent on relate des cas où le mercure a provoqué des accidents d'une gravité exceptionnelle. On en trouve la cause dans ce fait que les préparations du type huile grise ou calomel bien souvent s'enkystent pendant un temps plus ou moins long, et parfois pour une cause quelconque, choc, massage, etc., sont absorbées en masse et réalisent une véritable intoxication.

Ce n'est point une raison pour condamner ces préparations qui, outre leur grande activité incontestable, sont très pratiques. Il y a des gens dont la situation est trop modeste pour aller voir leur médecin tous les jours. On obtiendra d'excellents résultats avec ces préparations, à condition de s'assurer qu'elles sont régulièrement absorbées. L'analyse d'urine ne donne qu'une sécurité insuffisante : il n'en est pas de même de l'examen radioscopique.

Les sels mercuriels insolubles et l'huile grise donnent une ombre très nette à l'écran. La technique à suivre est des plus simples. Il suffit de placer le malade devant une ampoule fonctionnant normalement, pour voir d'une façon nette une tache sombre accusant la place de chaque injection.

Le malade sera placé à 50 ou 60 centimètres de l'ampoule pour un sujet moyen. Autant que possible, on utilisera une ampoule à osmorégulateur, qu'on laissera durcir jusqu'à obtenir des rayons 9 ou 10 au radiochromomètre de Benoît. Tandis qu'on verra disparaître les détails osseux, on verra apparaître les gouttes d'huile grise très nettement. La radioscopie aura encore son indication chez les sujets gras. Bien souvent chez eux les injections sont douloureuses parce qu'on les a faites dans le pannicule adipeux, alors qu'on voulait les faire intramusculaires. Une radiographie même médiocre nous donnera des points de repère suffisants pour qu'on en déduise la longueur d'une aiguille dont la pointe doit arriver en plein tissu musculaire.

En résumé, la radioscopie semble le complément nécessaire du traitement mercuriel par les sels insolubles et l'huile grise. Elle permet de vérifier l'absorption du médicament injecté et renseigne sur sa localisation. (*La Clinique*, 29 mars 1907.)

Traitement de la blennorragie.

(NEISSER.)

Le traitement de la blennorrhagie doit être à la fois local et interne.

Le traitement local doit consister soit en lavages urétraux, soit en injections intra-urétrales de protargol à 3 p. 100, l'injection doit être faite tous les jours et conservée dans l'urètre pendant vingt à trente minutes. A la période aiguë, il est bon de mélanger la solution de protargol avec une solution d'antipyrine à 5 p. 100, pour atténuer la douleur.

L'action des balsamiques ne doit pas être négligée ; s'ils sont capables à eux seuls de détruire le gonocoque, leur élimination à la surface de la muqueuse urétrale atténue les propriétés irritantes des sels d'argent et permet à ceux-ci d'exercer leur action antiseptique sans douleur et sans irritation.

Le produit le plus recommandable à cet effet est le gonosan qui est un anesthésique puissant, ayant des propriétés astringentes et antiseptiques suffisantes pour entraver la propagation du gonocoque vers les voies urinaires supérieures, bien supporté par l'estomac et les reins, ce qui permet de pouvoir l'administrer pendant longtemps sans inconvénients. (*Med. Klin.* mars n° 14, et *Revue* de *Thér. médic. chir.* p. 605, p. 1907.)

Pâte d'arnica pour faire avorter les furoncles.

Partant de la propriété que possède l'arnica de faire avorter les furoncles avec une grande rapidité en raison sans doute, de son action vaso-motrice, le docteur Planat conseille de faire des onctions *loco dolenti* avec le mélange ci-dessous :

Extrait de fleurs fraîches d'arnica......	10 grammes
Miel................	20 grammes

Pâte dont la consistance pourra être augmentée par l'incorporation à la masse de poudre de lycopode. Cette pâte étendue sur un morceau de toile cirée ou de diachylon est appliquée sur le furoncle. Ce pansement est refait toutes les 24 heures ; deux ou trois applications sont, suivant l'auteur, toujours suffisantes. (*Rev. Méd.* 20 juin 1906.)

Le gonosan dans le traitement de la blennorrhagie.

(RENAULT).

D'une longue étude sur le gonosan, qui est aujourd'hui un des meilleurs anti-blennorrhagiques connus, M. Alexandre Renault, médecin de l'hôpital Cochin, a tiré les conclusions suivantes :

Conclusions personnelles. — Celles qui découlent de mes observations. Elles me permettent d'affirmer :

1° Les propriétés anesthésiques remarquables du gonosan contre les douleurs des mictions et des érections :

2° Son pouvoir anticatarrhal ;

3° Son innocuité envers l'estomac, l'intestin, les reins et la peau.

Conclusions étrangères. — Celles qui émanent des spécialistes, dont les recherches ont précédé les miennes et qui vantent en outre les vertus anaphrodisiaques, diurétiques et bactéricides du remède, son heureuse action contre les complications de la blennorragie ; orchi-épididymites et cystites, dont il calme la souffrance; son action préventive enfin de la pénétration du gonocoque dans l'urètre postérieur, et, comme conséquence, la rareté dans le cours de la maladie des accidents du côté de la vessie et des testicules.

Toutes ces assertions sont à vérifier. Je n'ai pas eu dans ce mémoire d'autre ambition que d'attirer votre attention sur un remède que je considère comme un apport très précieux dans le traitement de la blennorragie urétrale et de solliciter de votre part des recherches de contrôle, recherches que je me propose personnellement de poursuivre, aussi bien dans mon service d'hôpital que sur les malades de ma clientèle. (*Comm. à la Soc.de Thér*, juin 1906.)

L'acide citrique dans le traitement des brûlures par la chaux et en général par les alcalins.

(Ed. Crouzet.)

L'indication dans les brûlures produites par la chaux vive, la chaux hydraulique et le ciment est de neutraliser au plus vite la base par un acide organique, non toxique, non caustique et susceptible de donner un sel assez soluble dans l'eau.L'acide citrique répond à ces indications au double point de vue chimique et thérapeutique et l'auteur l'a employé dans cinq ou six cas avec grand succès.

Pour réussir il faut employer l'acide citrique en pansements humides, aqueux, à la dose de 5 p. 100, qu'on porte à 10 et 15 p. 100 si la couche de composé calcique est assez épaisse. La réaction chimique se fait rapidement et il ne faut pas prolonger le contact au-delà de quelques minutes pour ne pas provoquer une douleur résultant de l'action de l'acide sur une surface privée de son épiderme.

La condition du succès est d'appliquer le traitement très rapidement, alors qu'il existe encore de la chaux libre sur la peau. (*Journ. de Méd. de Boraeaux* et *Revue de thér. méd. chir.* p. 604, 1907.)

Eczéma chronique et radiographie.

(Belot.)

L'auteur a eu l'occasion de traiter plusieurs cas de ce genre ; dans un cas d'eczéma localisé aux mains il fit des expériences comparatives avec les effluves de haute fréquence, le radium, les rayons X.Au bout de quinze jours, l'amélioration la plus nette correspondait à la région traitée par les rayons X. Au bout de quinze autres jours, les régions traitées par les rayons de Rœntgen étaient pour ainsi dire guéries ; l'effet du radium était moins prononcé ; pour la haute fréquence après une accalmie momentanée, les éléments eczématiques restaient stationnaires.

A partir de ce moment, les rayons X furent seuls utilisés et la guérison fut bientôt obtenue, sauf sur un point minime négligé au moment où commença le traitement.

Les effets des radiations ont été purement locaux, car la régression ne s'est faite que là où les rayons X ont porté : on ne saurait donc interpréter autrement les résultats observés.

Dans les cas d'eczéma chronique généralisé, l'auteur utilise plusieurs tubes à la fois alimentés par divers générateurs électriques (*Arch. d'Electricité médicale*, 10 août 1907.)

Traitement des lésions séborrhéiques (périnée, cuir chevelu).

On lavera soir et matin, avec de l'eau bouillie, à température très élevée, aussi chaude qu'on pourra la supporter. On touchera ensuite les parties malades avec la solution suivante :

Acide picrique.......	0 gr. 25
Eau distillée........	15 gr.

On appliquera ensuite, matin et soir, la pommade :

Ichtyol..............	1 gr.
Oxyde de zinc........	3 »
Lanoline.............	6 »
Vaseline.............	12 »

On poudre ensuite avec un mélange à parties égales de talc et d'oxyde de zinc.

Dans les cas de séborrhée sèche ou de pellicules du cuir chevelu, M. Brocq fait souvent la prescription suivante :

Appliquer la pommade :

Résorcine...........	0 gr. 20
Soufre..............	2 »
Baume du Pérou...	0 » 40
Vaseline............	0 » 20

Lotionner, le matin, le cuir chevelu avec de l'eau chaude dans laquelle on aura ajouté pour un quart de verre :

Polysulfure de potasse liquide	XXXà CL gt.
Teinture de benjoin.	X à XXX —

Si le cuir est trop encrassé, on peut le nettoyer avec la liqueur d'Hoffmann. (*Bull. Géné. de Thér.* 8 août 1907.)

Traitement de l'épithélioma par les ions-zinc.

(Lewis Jones.)

Pour l'auteur, le transport des ions-zinc dans les tissus affectés semble exercer une influence profonde dans l'épithélioma : dans beaucoup de cas, on obtient la guérison dans les quinze jours qui suivent *une seule application.*

L'auteur dispose aujourd'hui de 19 observations avec 14 guérisons complètes ; le mode d'application est celui préconisé par Stéphane Leduc, et l'auteur se sert d'une solution de sulfate de zinc à 2 p. 100 imbibant du coton hydrophile, sur le quel est placée une anode formée d'une tige de zinc. L'ion-zinc, introduit par les forces électriques, ne pénètre pas seulement dans les espaces lymphatiques, comme le ferait un topique quelconque, il envahit aussi le protoplasma des cellules.

Le maximum d'intensité est de 10 milliampères. L'application provoque une brûlure que l'on peut éviter en imbibant l'ulcère d'une solution de cocaïne avant la séance.

La surface à traiter étant souvent fort irrégulière, les ions-zinc sont inégalement répartis. Quand la surface est unie, sans ulcération, et quand les tissus malades ont une épaisseur de plus de 2 à 3 millimètres, on ponctionnera la peau à l'aide d'aiguilles de zinc qu'on introduit dans les tissus malades.

Sur ces 19 cas, 6 ont guéri complètement après une seule séance ; 3 ont exigé deux applications, 5 trois applications. Un cas fut perdu de vue après une seule application et ne compte pas dans la statistique. Les autres 5 cas comprennent les échecs et les cas encore en traitement.

On peut attendre un mois pour une seconde application, car l'amélioration continue souvent pendant tout ce temps.

L'auteur cite, en outre, un cas d'eczéma pustuleux, en deux foyers siégeant au visage, dont l'un, traité par les ions-zinc, disparut après une semaine ; l'autre n'avait pas changé. Ce dernier, traité à son tour, disparut comme l'autre en une semaine.

Les ions-magnésium sont spécifiques en cas de verrues.

Pour le lupus, l'auteur n'a trouvé jusqu'ici aucun médicament efficace, après deux ans de recherches. Cet insuccès tient sans doute au fait que les tubercules bacillaires contiennent 40 à 50 p. 100 de graisse, ce qui les rend non conducteurs de l'électricité (*Arch. d'Electricité méd. mars* 1907, et *Revue de Thér. méd. chirurg.* p. 317, 1907.)

Le baume du Pérou riciné comme moyen de pansement.

(E.-V. Hubbard.)

Un mélange d'une partie de baume du Pérou pour quinze parties d'huile de ricin constituerait un excellent moyen de pansement de plaies infectées, des abcès et des brûlures. On peut lui incorporer jusqu'à 2 % d'iodoforme, sans que l'odeur de ce dernier devienne manifeste. Le baume du Pérou, à la fois riciné et iodoformé, rendrait des services dans le traitement local de certains accidents syphilitiques. (*New-York Med. Journ.*, et *Bull. méd.* n° 28, 1906).

Formule de dépilatoire.

Sulfate de baryum......		25 gr.
Savon pulv............		5 gr.
Talc..................	àâ	35 gr.
Amidon................		
Benzaldéhyde.....		Q.s.p. 120

Pour l'emploi, 1 p. 100, de cette préparation est étendue de 3 p. 100 d'eau et appliquée en couche régulière à l'aide d'un pinceau à barbe. Après 5 minutes, on lave la place à l'éponge et au bout de 5 autres minutes les poils s'enlèvent par simple lavage. (*Hospital Formulary of the N. Y. Dept of Public Charities.* et *Rev. fr. de Méd. et Chir.*, nº 17, 1906.)

Traitement de la syphilis par les injections intra-musculaires de bi-bromure de mercure.

(Poltavtzev.)

Depuis quelque temps, les médecins de Kharkov se servent couramment, dans la pratique hospitalière comme dans la pratique privée d'injections de bi-bromure de mercure chez les syphilitiques. M. A. P. Poltavtzev a vérifié, dans un très grand nombre de cas, les excellents effets de ce médicament, que le prof. Zélénev a eu le mérite de préconiser pour les injections intramusculaires. Le bi-bromate de mercure est connu depuis longtemps, mais il n'a été employé jusqu'ici que pour l'usage interne ou en pommades. Or, le professeur Zélénev a pu se convaincre que, de tous les sels solubles de mercure, il est celui qui provoque le moins de douleurs en injection dans l'épaisseur des muscles de la fesse. Les injections d'une solution à 1 % de bi-bromure de mercure, laquelle est parfaitement suffisante pour le traitement des syphilis de moyenne intensité, seraient, même complètement indolores ; les solutions à 2 ou à 3 %, qu'on est obligé d'employer dans les cas graves ne provoqueraient que des douleurs parfaitement tolérables.

On obtient les solutions de bi-bromure de mercure à l'aide du chlorure de sodium dont la quantité doit être de moitié moindre que celle du sel mercurique. Ces solutions sont indéfiniment stables alors qu'on les prépare avec une eau distillée d'une pureté absolue et du chlorure de sodium chimiquement pur. (*Rousský Journ. kojn i ven. bol* X, 12 et *Bull. Méd.* nº 25, 1906.)

Traitement du psoriasis par l'irradiation solaire.

(Guhr.)

Ayant vu guérir en quinze jours un psoriasis chez un jeune garçon de treize ans qui avait l'habitude de prendre des bains de rivière, puis de se sécher en s'exposant aux radiations solaires, un médecin hongrois ,M, le docteur M. Guhr (de Tàtra Széphak), eut l'idée d'essayer l'héliothérapie chez un jeune homme de vingt-trois ans qui souffrait depuis cinq ans d'un psoriasis dont les nombreux éléments occupaient la face, le tronc et les membres.

Pour faire agir les rayons solaires, on installait le malade dévêtu sur un matelas en plein soleil, mais la tête protégée et à l'abri du vent. Le patient changeait fréquemment de position, de façon à insoler successivement toutes les parties de son corps. La durée totale des séances variait de vingt à cinquante minutes.

L'action dn soleil se manifestait tout d'abord par une sensation agréable de chaleur ; la peau rougissait, puis on voyait apparaître des gouttes de sueur à la face, dans l'aisselle, dans le creux poplité. Peu à peu, la sécrétion sudorale se généralisait à toute l'étendue du tégument. Pour augmenter encore cette transpiration, on enveloppait quelquefois le malade dans une couverture de laine et on le maintenait ainsi pendant dix à vingt minutes. Dans tous les cas, on terminait par quelques rapides applications hydrothérapiques, suivies d'une promenade d'une demi-heure de durée.

Les premiers jours, on vit se manifester, quelques heures après la séance, des phénomènes d'excitation générale ou locale, mais ces réactions cessèrent de se produire au bout de peu de jours. En même temps, sous l'influence de sudations abondantes, les squames se ramollirent, laissant à vif les couches sous-jacentes, sur lesquelles les radiations solaires purent dès lors agir d'une manière immédiate.

Pendant la saison froide, la transpiration étant souvent difficile à obtenir, on imagina, afin de la favoriser, de disposer le matelas sur lequel reposait le malade dans une

sorte de caisse formée de quatre planches et recouverte d'une vitre qui laissait seulement passer la tête du sujet.

Les résultats obtenus dans ce cas ont été très encourageants. Les éléments psoriasiques se sont cicatrisés, la nutrition des téguments s'est trouvée considérablement améliorée et l'état général a fait des progrès très satisfaisants. (*Semaine médicale*, n° 214, p. 906.)

Traitement des ulcères chroniques par l'usage interne du chlorure de calcium ou de l'iodure de calcium.

On sait que, chez les sujets souffrants d'engelures ou de diverses manifestations urticariennes, Sir A. E. Wright se trouve bien de l'usage interne du chlorure de calcium qui agirait, dans l'espèce, en améliorant la crase sanguine, en augmentant la caogulabilité du sang. M. Arbour Stephens (*Brilsh med. J.*, 21 juillet 1906), a eu l'idée d'appliquer cette médication au traitement des ulcères chroniques, ulcères variqueux de jambes et autres plaies rebelles, et il en a obtenu des résultats nettement favorables. Sous l'influence du chlorure de calcium administré à la dose de 3 gr. par jour en trois prises il a vu, dans ces cas, disparaître la fétidité de la sécrétion et l'induration des bords de la plaie qui se détergeait, commençait à bourgeonner activement, et entrait en voie de cicatrisation chez les syphilitiques. L'auteur a obtenu une guérison rapide des ulcérations par l'administration de l'iodure de calcium dont, au besoin, on poussait la dose jusqu'à 6 gr. par jour, en trois prises. Ce médicament fut bien supporté, même par des malades qui n'avaient pu tolérer l'iodure de potassium. (Ex. du *Bulletin Médical* page 692, 1906.)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Chancre syphilitique

Allen. — Double chancre of the upper lip. (*New-York derm-Soc.*, 337 th. M., nov. 28, 1905 ; in *Journ. of cut. dis.*, febr. 1906.)

Balzer et François Dainville. — Chancre de la lèvre inférieure chez une ancienne syphilitique, chancres simples vulgaires multiples. (*Bul. d. l. Soc. fr. d. D. et S.*, n° 2, fév. 1905.)

Campbell.— A case of primary syphilitic infection in the nose. (*Journ. of the Amer. med. Assoc.*, 5 mai 1906.)

Danlos et Dehérain. — Chancre des paupières. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 3, mars 1906.)

Dubois-Havenith. — Chancre infectant du menton. (*Presse Médicale Belge*, n° 30, 29 juillet 1906.)

Dubois-Havenith.— Un cas de chancre infectant du canal de l'urèthre. (*Presse méd. belge*, 25 fév. 1906.)

Gaucher et Boisseau. — Chancre syphilitique du vestibule narinaire. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 3, mars 1906.)

Griffon. — Note de M. Barthélemy sur un cas de chancre gangréneux mutilant de la verge. (*Bull. Soc. fr. Derm. et Syph.*, janv. 1906.)

Hallopeau et Granchamp. — Récidive de chancre induré ou ulcération tardive avec induration chondroïde. (*Bull. Soc. fr. D. et S.*, 1 févr. 1906.)

Hudelo. — De la multiplicité des chancres syphilitiques. (*Le méd. prat.*, n° 7, 20 févr. 1906.)

Jeanselme. — Des chancres extra-génitaux. (*Gaz. des Hôp.*, n° 53, 8 mai 1906.)

Kennedy. — A case of multiple chancres. (*Journ. of the Amer. med. Assoc.*, 5 mai 1906.)

Knowles.— A case of syphilis with multiple chancres of the penis. (*Philadelph. derm. Soc.*, febr. 20, in *Journ. of cut. dis.*, june 1906.)

Knowles. — Extragenital and urethral chancre ; report of five cases, including one with multiple lesions of the breast. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 5 mai 1906.)

Lanzafamo. — Syphilome primaire du rectum. (*Gazz. d. Osped.*, n° 27, 4 mars 1906.)

Zenon Luna. — A chancro fagedenico es comunmente sifilitico. (*Cron. med. mex.*, n° 6, junio, 1° de 1906.)

Moutot. — Chancres syphilitiques extra-génitaux multiples ; chancres du menton et de la voûte palatine. (*Soc. des Sc. méd.*, Lyon, 7 mars 1906 ; in *Lyon méd.*, n° 17, 29 avr. 1906.)

Parounagian. — Chancre of the lip and penis. (*Manh. derm. soc.*, déc. 1905 ; in *Journ. of cut. dis.*, March 1906.)

Protopopov. — Deux cas d'infection syphilitique extra-génitale. (*Voienno med. Journ.*, déc. 1904.)

Queyrat. — Syphilomes d'auto-inoculation. (*Bull. Soc. fr. D. et S.*, mars 1906.)

Queyrat. — Auto-inoculation de chancre syphilitique. (*Bull. Soc. fr. D. et S.*, 1 févr. 1906.)

Quinn. — Chancre of penis extirpated on the belief that it was cancerous. (*Chicago derm. Soc.*, in *Journ. of cut. dis.*, febr. 1906.)

Melchior-Robert. — Chancre du gland (*Soc. de chir.*, Marseille 15 mars 1906 ; in *Marseille méd.*, n° 14, 15 juill. 1906.)

Schamberg. — Extragenital chancre of the lower lip. (*Philad. derm. Soc.*, March 20, 1906 ; in *Journ. of cut. dis.*, July 1906.)

Da Silva Jones. — De la cicatrisation rapide du chancre induré par son traitement local. (XV[e] *Cong. intern. de méd. de Lisbonne*, 19-26 avr. 1906 ; in *Presse méd.*, n° 35, 2 mai 1906.)

Sohier-Bryant. — Primary syphilis of the ear .(*American Journ. of Derm.*, vol. X, July 1906, n° 7.)

Syphilis secondaire

Balzer et Deshayes. — Contribution à l'étude des syphilides secondaires tardives, de l'érythème péri-buccal secondo-tertiaire et de l'érythème tertiaire. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, 1 févr. 1906.)

François Dainville. — Deux cas de paralysie faciale chez deux conjoints au cours de la syphilis secondaire. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 3, mars 1906.)

DERVAUX. — Syphilis secondaire tardive meningocorticale, cardiaque hépatique et cutanée. Guérison. (*Journ. des Sciences méd. de Lille*, n° 21, 17 juin 1905.)

EMERY. — Manifestations tardives de la syphilis secondaire. (*Clinique* n° 15, 13 avr. 1906.)

EMERY. — Les adénopathies de la syphilis secondaire. (*La Clin.*, n° 28, 13 juill. 1906.)

A. FOURNIER. — Syphilis secondaire tardive. (*Syphil.*, n° 4, avril 1906.)

A. FOURNIER. — La syphilis secondaire tardive. (*Rev. de thér. med. ch.*, 1er mars 1906.)

HALLOPEAU et ROY. — Sur un cas de proliférations locales prédominantes chez un malade atteint de syphilides secondaires généralisées.(*Bull. Soc. fr. D. et S.*, n° 3, mars 1906.)

MILIAN. — La syphilis secondaire tardive. (*Rev. des Hôp.*, n° 2, févr. 1906.)

A. PARIS et DOBROVICI. — Glycosurie alimentaire et syphilis secondaire. (*Presse méd.*, n° 91, 11 nov. 1905.)

Syphilis tertiaire.

D'AMATO. — Sulla febbre sifilitica terziaria.(*Riforma med.*, 10 mars 1906).

BALZER et DESHAYES.— Syphilides tertiaires avec éléphantiasis des organes génitaux et glossite hypertrophique. (*Bull. Soc. fr. D.*, n° 2, févr. 1906.

BERTIN. — A propos d'un cas d'arthropathie syphilitique tertiaire. (*Echo méd. du Nord*, n° 5, 4 févr. 1906.)

BLOCH. — Exemple historique de l'efficacité de l'oxyde rouge de mercure dans la syphilis tertiaire. (*Medizin Klin.*, 24 et 30 juin 1906.)

BODIN. — Accidents syphilitiques survenus 45 ans après le début de la maladie. (*Bul. de la Soc. Sc. et méd. de l'Ouest*, XIII, I, 1904.)

BOSC. — Méningo-encéphalite chronique diffuse ulcéreuse syphilitique associée à une syphilis scléro-gommeuse. (*Soc. de Biol.*, 28 avr. et 5 mai 1906 in *Sem. méd.*, n° 19, 9 mai 1906.)

BRANDWEINER. — Lues gummosa. (*Wien. derm. Gesellsch.*, 21 febr. 1906; in *Monatsh f. prakt. Derm.*, B. 42, n° 12, 15 juin 1906.)

BOSC. —Gommes syphilitiques et tréponèmes. Structure généraleet signification des gommes. (*Montpellier méd.*, n° 20, 20 mai 1906.)

CARLE. — Tertiarisme précoce (chancre phagédénique et perforation du voile du palais). (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, mai 1906.)

D. N. CARPENTIER. — Fever in tertiary syphilis. (*Med. Record*, march 17 1906.)

GILMAN DAVIS. — Diagnosis of tertiary syphilitic lesions in the pharynx. (*Amer. journ. of Derm.*, may 1906, n° 5.)

DAWSON. — Tertiary syphilis. (*Derm. Soc. of Gr. Br. à. Irel.* Apr. 25 th. 1906 ; in : *Brit. J. of Derm.*, n° 6, June 1906.)

DESPLATS. — Gomme syphilitique de la moustache simulant un sycosis rebelle au traitement mercuriel guéri par six séances de radiothérapie. (*Journ. des Sc. méd.*, Lille n° 3, 20 janv. 1905.)

DIEULAFOY. — La syphilis tertiaire invétérée. (*Journ. des Prat.*, n° 4, 27 janv. 1906.)

DOUTRELEPONT et GROUVEN.— Présence du spirochaete pallida dans des produits de syphilis tertiaire. (*Deutsche med. Woch.*, n° 23, 7 juin 1906.)

DORLÉANS. — Coexistence d'accidents syphilitiques tertiaires avec le tabes et la paralysie générale. (*Thèse de Paris*, 1905, 8°).

DURAND. — Ostéomyélite gommeuse syphilitique du métatarsien. (*Soc des Sc méd.*, Lyon 14 févr. 1906 ; in : *Lyon méd.*, n° 14, 8 avr. 1906.)

FRANCESCHINI. — Ancora a proposito della contagiosita delle manifestazioni terziarie della sifilide. (*Journ. ital. d. mal. ven.*, fasc. III, 1906.)

GAREL.— Gomme de la bifurcation des bronches. Considérations sur la valeur diagnostique de la toux de compression dans les tumeurs du médiastin. (*Soc. fr. d'Ot. et Lar.*, Cong. ann. 16 mai 1906 ; in:*Rev. hebd. de Lar. Ot. et Rhin.*, n° 26, 30 juin 1906.)

GASTOU et CHOMPRET. — Inclusion dentaire simulant une gomme syphilitique du maxillaire. (*Bull. Soc. fr. de D. et S.* n° 2, févr. 1904.)

GAUCHER et MALLOIZEL. — Perforation gommeuse hérédo-syphilitique du voile du palais chez une jeune fille vierge de 15 ans. (*Bull. Soc. fr. D. et S.* mai 1906.)

GOTTHEIL. — Multiple muscular gummata, with bullous onset. (*Manh-derm. Soc.*, Déc. 1, 1905 ; in:*Jour. of. cut. dis.*, march 1906.)

GRANDCLÉMENT. — Gomme de l'iris. (Soc. des Sc. méd. de Lyon,21 mars 1906, in : *Lyon méd.*, n° 19, 13 mai 1906.)

HENNEBERT. — Périostite gommeuse nasale totale chez une enfant. (Cercle méd. de Bruxelles, 7 avr. 1905, in:*Journ. méd. de Bruxelles*, n° 21, 25 mai 1905.)

MOUTOT. — Sur la coexistence des lésions syphilitiques tertiaires avec le tabes. (*Bull. méd.*, n° 14, 17 févr. 1906.)

MOUTOT. — Nouveau cas de vaste ulcération gommeuse hérédo-syphilitique du genou. (Soc. des Sc. méd. Lyon 16 mai 1906, in : *Lyon méd.*, n° 29, 22 juill. 1906.)

NARICH. — Gommes syphilitiques des paupières. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, nov. 1905.)

NOBL. — Hyperkerat gummöse Infiltrate. (Wien. derm. Gesellsch.,21Febr. 1906, in : *Monatsh. f. prakt. Derm.*, B 42, n° 12, 15 Juin 1906.)

NICOLAS et FAVRE. — Un cas de syphilis tertiaire à manifestations gommeuses multiples. (Soc. méd. des Hôp. Lyon, 13 mars 1906, in ; *Lyon méd.*, n° 12, 25 mars 1906.)

JULLIEN et STASSANO. — Cinq cas de gommes traitées par le levurargyre. (*Progrès méd.*, n° 16, 21 avr. 1906.)

TOMACZEWSKI. —Présence du spirochaete pallida dans la syphilis tertiaire. (*Münch. med. Woch.*, n° 27, 3 juillet 1906.)

SOVINSKY. — Sur les lésions anatomo-pathologiques de la syphilis gommeuse (en russe). (*Roussk. Vratch*, 3 déc. 1905.)

C. MALLORY WILLIAMS. — The contagiousness of Gumma.. (*Med. Record*, July 14, 1906.)

Syphilis cutanée

BALZER et DESHAYES. — Contribution à l'étude des syphilides atrophiantes. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 3, mars 1906.)

DE BEURMANN et GOUGEROT. — Chéloïdes secondaires à des cicatrices syphilitiques (nature infectieuse des chéloïdes). (*Bull. Soc. fr. Derm.*, déc. 1905)

DANLOS et DEHÉRAIN. — Macules atrophiques syphilitiques. (*Bull. Soc. fr. D. et S.*, mars 1906.)

DANLOS et DEHÉRAIN. — Syphilis psoriasiforme. (*Bull. Soc. fr. D. et S.* mars 1906.)

DUBOIS-HAVENITH. — Un cas de syphilides lichénoïdes généralisées. (Soc. méd.-chir. du Brabant, 29 mai 1906, in *Presse méd. belge*, n° 24, 17 juin 1906.)

J. FICK. — Beitrag zur Kenntnis der frischen Narbe nach einem papulo-tuberösen syphilid. (*Monatsh. f. prakt. Derm.* B. 40, n° 4, 15 febr. 1905.)

EHRMANN. — Ueber lichenförmige syphilide. (*Wien. med. Presse*, n° 41, 1905.)

GASTOU. — Syphilome lupiforme ou lupus syphiloïde. (*Bull. Soc. fr Derm.*, n° 9, déc. 1905.)

GAUCHER. — Pathogénie des pigmentations du cou dans la Syphilis.(*Gaz. des Hôp.*, n° 64, 5-7 juin 1906.)

OSKAR GOLDSTEIN.— Zwei Fälle von Eruptionsicterus bei Syphilis. (*Wien. Med, Woch.*, n° 40, 1 Okt. 1904, n° 41, 8 Okt. 1904, n° 42, 15 Okt. 1904.)

GRANDCLÉMENT. — Syphilides papulo-squameuses généralisées chez une fillette. (Soc. des Sc. méd. Lyon 21 mars 1906, in : *Lyon méd.* n° 19, 13 mai 1906.)

HALLOPEAU. — Maladie d'Addison chez un syphilitique. (*Bull. Soc. fr. Derm.*, n° 7, juil. 1905.)

HALLOPEAU. — Sur le traitement local des syphilides. (*Bull. Soc. fr. D. et S.*, mai 1906.)

KANOKY. (P.). — Psoriasis palmaris syphilitica. (*Amer. Journ. of Derm.*, n° 2, Febr. 1906.)

LÉFAS. — Un cas d'éruption syphilitique sur des chéloïdes. (*Progrès méd* n° 17, 28 avr. 1906.)

LONGIN. — Les hybrides de syphilis et de lupus. (*Thèse, Paris*, 1905.)

J. MARCON. — Les dyschromies de la syphilis. (*Médic. Martiale.*, n° 12, déc. 1904.)

NICOLAS et FAVRE. — Sur un cas de syphilides ulcéreuses à cicatrisation chéloïdienne. (Soc. méd. des Hôp. Lyon, 29 mai 1906, in *Lyon médic.* n° 28, 15 juillet 1906.)

PASINI. — La gangrena cutanea disseminata di origine sifilitica. (*Giorn. Ital. d. Mal. Ven.*, 1904, fasc. VI).

PAUTRIER. — Les rapports de la syphilis et du vitiligo. (*Rev. prat. d. Mal. cut.*, mai 1904.)

PFAHLER.— Syphilitic leukoderma. (Philad. derm. Soc. march 20, 1906, in : *Journ. of cut. dis.* July 1906.)

Pignot. — Les trois couronnes. (*Le Méd. prat.* n° 10, 5 avr. 1906.)

Abner Post. — A case of lichenoid syphilide in a negro. (Boston derm. Soc. febr. in : *Journ of cut. dis.*, june 1906.)

Ravogli. — Syphilitic alopecia. (*Amer. Journ. of Derm.*, n° 6, june 1906.

Schamberg. — A case of syphilitic onychia. (Philadelp. derm. Soc. febr. 20 in : *Journ of cut. dis.*, June, 1906.)

Schamberg. — Small papular syphiloderm. (Philad. derm. Soc., March 20, 1906, in : *Journ of cut. dis.* July 1906.)

Scherber. — Beiträge zur Klinik und Histologie der nodösen Syphilide (*Arch. f. D. u. S.*, LXXIX, B., 2. u. 3. H, april 1906.)

Stainer. — Syphilide. (Derm. Soc. G. B. a. Irel, febr. 28 th 1906, in *Brit.*) *Journ. of Derm.*, n° 4, Apr. 1906.)

Winternitz. — Ein Beitrag zur Klinik und Anatomie der nodösen Syphilide. (*Arch. f. D. u. S.*, LXXIX B. 1, H. März 1906.)

Whitfield. — Syphilide. (Derm. Soc. of London, febr. 14 th. 1906, in *Brit. Journ. of Derm.*, March 1906.)

Syphilis héréditaire

Abt. — Congenital syphilis in the infant. (Illinois state med. Soc., May 15, 16 a 17, 1906, in : *Med. Record*. July 14, 1906.)

Cabannes. — Lésions du nerf optique dans l'hérédo-syphilis. (*Journ. Méd. de Bordeaux*, 20 et 27 mai 1906.)

Campbell. — The diagnostic value of the triade symptoms in hereditary syphilis. (*Amer. Journ. of. Derm.*, may 1906, n° 5.)

Caraco. — Un cas d'hérédo-syphilis seconde. (*Pédiatrie prat.*, n° 12, 15 juin 1906.)

Debonnesset. — Considérations sur le diagnostic différentiel entre les manifestations osseuses et articulaires de la syphilis héréditaire et de la tuberculose. (*Thèse de Paris*, 1906.)

Denis. — Rein mobile gauche chez un hérédo-syphilitique. (Soc. clin. des Hôp. Bruxelles, 14 juill. 1906, in *Journ. méd. Bruxelles*, n° 29, 19 juill. 1906.

Devic et Froment. — Un cas de syphilis héréditaire tardive du foie. Revue critique des observations antérieures. (*Ann. de Derm. et syph*, n° 2, févr. 1906.)

Fédorov. — Contribution à l'étude de la syphilis du placenta (en russe) (*Prakt. Vratch*, 18-25 mars 1906.)

Firpi. — La paralysie générale infantile et juvénile, et ses rapports avec l'hérédo-syphilis. (*Thèse Paris*, 1906.)

J. Garel. — Hérédo-syphilis, localisation au larynx et au pharynx chez une fillette de 9 ans. Remarques sur la valeur comparée de l'iodure et du mercure. (Soc. méd. des Hôp. Lyon, 13 mars 1906, in : *Lyon méd.*, n° 12, 25 mars 1906.)

Gastou. — La syphilis héréditaire et l'hérédité syphilitique. (XV[e] Intern. Kongr. v. 19. 26 Apr. 1906, Lisbonne, in *Derm. Zeitschr.*, B. XIII, H. 7, Juli 1906.)

Gastou. — La syphilis héréditaire et l'hérédité syphilitique. (*Gaz. des Hôp.*, n° 59, 22 mai 1906.)

Gastou. — La syphilis héréditaire et l'hérédité syphilitique. (Congrès de Lisbonne, in : *Ann. de Méd. et chir. infant.*, n° 12, 15 juin 1906.)

Gaucher et Malloizel. — Perforation gommeuse hérédo-syphilitique du voile du palais chez une jeune fille vierge, de 15 ans. (*Bull. Soc. fr. D. et S* n° 5, mai 1906.)

Haushalter. — Syphilis héréditaire à forme osseuse. (Soc. de Méd. Nancy· 28 mars 1906, in : *Rev. méd. de l'Est*, n° 13, 1 juill. 1906.)

Haltenhoff. — Hérédo-syphilis oculaire à la troisième génération. (*Rev. méd. d. l. Suisse. rom.*, juin 1906.)

Haushalter. — Pachyvaginalite chez un poupon hérédo-syphilitique. (Soc. de Méd. Nancy, 14 mars 1906, in : *Rev. méd. de l'Est*, n° 12, 15 juin 1906.)

Jullien. — Traitement de la syphilis héréditaire chez le nouveau-né. (*La Syph.*, n° 6, juin 1906.

Kohl. — Ein Beitrag zur congenitalen Lungen-syphilis. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XLIII, 1-4, 1906.)

Kohl. — Contribution à l'étude de l'hérédo-syphilis pulmonaire.(*Archiv. f. Kinderheilk*, vol. XLIII, cahiers 1-4.)

C. Leiner. — Ueber Haarausfall bei hereditärer Lues. (*Arch. f. D. u. S.*, LXXVIII B. 2 u. 3 H., febr. 1906.)

E. Lesser. — Lues hereditaria. (Berl. derm. Gesellsch, 12 Dez. 1905, in : *Derm. Zeitschr*, B. XIII, H. 3, März, 1906.)

Lesser.— Hereditärer Lues. (Berl. derm. Gesellsch., 12 Dez. 1905 ; in : *Arch. f. D. u. S.*, LXXIX B. 1 H. März 1906.)

Ortali. — Il morbo di Roger eredosifilitico. (*Risveglio med.* I, 1, 2 et 3, 1906.)

Petitjean.— Sur un cas de syphilis gommeuse héréditaire tardive. (Soc· des Sc. méd. Lyon, 25 avr. 1906 ; in : *Lyon méd.*, n° 23, 10 juin 1906.)

Pommer. — Zur kenntnis der hereditären Schädelsyphilis. (*Verh. d. Dtschun pathol. Ges. Meran*, 1905, 9, Tagg. Jena, 1906, S. 312-324, 1 Taf.)

Rolleston. — Hereditary syphilis and enteric fever. (*Brit. med. Journ.*, febr. 10 th. 1906.)

Rubinstein-Drabkin, Chaja. — Die Fälle von Syphilis hereditaria, die im Kinderspital Zürich in den Jahren. 1884-1904, behandelt worden sind. (*Diss. méd. Zurich*, 1905, 37, S. 8°, 6 tab.).

R. W. Taylor. — Syphilitic lesions of the joints in hereditary and acquired infections. (*Med. Record*, May 26. 1906.)

Syphilis du Système Nerveux

Alquier. — Valeur diagnostique des lésions vasculaires et périvasculaires de la syphilis nerveuse. (*Gaz. des Hôp.*, n° 83, 24 juill. 1906.)

Camus. — Les amyotrophies myélopathiques à type Aran-Duchenne d'origine syphilitique. (*Thèse*, Lyon, 1905.)

H. P. Collings. — Are slight early manifestations of syphilis conducive to the later attacks upon the nervous system. (*Amer Journ. of Derm.*, march 1905, n° 2.)

DUMOLLARD. — Fréquence des maladies nerveuses chez les Arabes. (Soc. de Neurol., 5 juill. 1906 ; in : *Gaz. des Hôp.*, p. 932, 1906.)

J. FERRUA. — La neurastenia sifilitica y su tratamiento por la nucléo-arsenioterapia. (*Rev. esp. d. sif. y Derm.*, T. VI, Num. 70, oct. 1904.)

HERSMAN. — Syphilis of the nervous system. (*Amer. Journ of Derm.*, n° 6, June 1906.)

LANNOIS et POROT. — Examen anatomique d'un cas d'atrophie musculaire myélopathique d'origine syphilitique. (Soc. méd. des Hôp., Lyon, 30 janv. 1906 ; in : *Lyon méd.*, n° 7, 18 févr. 1906.)

LORTAT-JACOB. — Valeur diagnostique et pronostique de la sciatique radiculaire. Le syndrome radiculaire et la syphilis. (*Tribune méd.*, n° 12, 24 mars 1906.)

MARIE et PELLETIER. — Mal perforant et paralysie générale. (*Arch. de neurol.*, févr. 1906.)

MILIAN. — Les névralgies syphilitiques du trijumeau.(*Rev. des Hôp.*, n° 3, mars 1906.)

REYER. — Syphilis of the nervous system. (*American Journ. of Derm.*, vol. X, July 1906, n° 7.)

RHEIN. — Four cases of double hemiplegia (syphilitic encephalites, cerebrospinal syphilis) with autopsy. (*Amer. Journ. of the med. scienc.*, mai 1906.)

SCHLESINGER. — Syphilitische und hysterische pseudo-osteo-malacie. (*Deutsche med. Wochenschr.*, 4 janv. 1906.)

SUCHY. — Ein Fall von Meningitis luetica. (*Wiener med. Woch.*, Nr. 21, 19 mai 1906.)

F. WIDAL. — La lymphocytose rachidienne dans la syphilis (*Journal des Praticiens*, n° 30, 28 juillet 1906.)

WIDAL, LEMIERRE et BOIDIN. — Liquide céphalo-rachidien puriforme au cours de la syphilis des centres nerveux. Intégrité des polynucléaires. (*Bul. Soc. méd. Hôp.*, n° 22, 28 juin 1906.)

Syphilis Cérébrale

BABONNEIX. — Les idées de grandeur dans la paralysie générale du jeune âge. (*Rev. des mal. de l'enf.*, mars 1906.)

BORDA. — Paralysie générale progressive ; contribution à l'étude de son anatomie et de son histologie pathologique. (*Rev. de la Soc. med. argentina* nov.-déc. 1905.)

BOSC. — Nature syphilitique de la paralysie générale. (*Soc. de biologie*, 19 mai 1906 ; in : *Progrès méd.*, n° 21, 26 mai 1906.)

BRICKA. — Névro-rétinite dans la paralysie générale. (*Marseille méd.*, n° 12, 15 juin 1906.)

A. CHARPENTIER. — Méningite chronique syphilitique conjugale. (Soc. de neur., Paris 7 juin 1906 ; in : *Arch. gén. de méd.*, n° 26, 26 juin 1906.)

DUHOT. — Hémiplégie d'origine syphilitique traitée par les injections d'huile grise. (Soc. méd.-chir. du Brabant, 29 mai 1906 ; in : *Presse méd. belge*, n° 24, 17 juin 1906.)

EMERY. — Sur la syphilis du cerveau. (*Clinique*, n° 4, 26 janv. 1906.)

FÉRÉ. — L'angoisse au cours de la paralysie générale. (*Rev. de méd.*, avr. 1906.)

HOGE. — The diagnosis of cerebral syphilis. (*Amer. Journ. of Derm.*, n° 6, June 1906.)

JACOB. — Gumma of the brain. (*Brit. med. journ.*, August. 4, 1906.)

LEBRET. — Paralysie générale et psychoses dans la syphilis acquise (étude clinique, diagnostique, thérapeutique). (*Thèse*, Paris, 1906.)

LEREDDE. — La question des injections mercurielles, en particulier dans le tabes et la paralysie générale. (*Rev. prat. d. mal. cut.*, n° 10, oct. 1905.)

MACKENZIE. — Paralysie générale chez un adolescent. (Soc. méd.-chir. d'Edimbourg, 7 mars 1906 ; in : *Presse méd.*, n° 27, 4 avril 1906.)

MARFAN. — Arthropathies suppurées dans la pseudo-paralysie syphilitique de Parrot. (Soc. de Pédiatrie, 20 mars 1906 ; in : *Bull. méd.*, n° 24, 28 mars 1906.)

A. MARIE. — La légende de l'immunité des Arabes syphilitiques relativement à la paralysie générale. (*Rev. de méd.*, 10 mai 1905.)

MARIE et PELLETIER. — Mal perforant et paralysie générale. (*Arch. de neurol.*, févr. 1906.)

MARIE et V. PIETKIEWICZ. — Double perforation palatine syphilitique chez un paralytique général. (*Rev. de Stomat.*, n° 3, mars 1906.)

NACKE. — Erblichkeit und Prädisposition resp. ctive Degeneration bei der progressiven Paralyse der Irren. (*Arch. f. Psychiatrie*, XLI, 1, 1906.)

QUEYRAT. — Treponema pallidum et paralysie générale. (*Bul. Soc. méd. Hôp.*, n° 12, 5 avr. 1906.)

RAYMOND. — Des dangers de la médication mercurielle intensive dans le traitement de la paralysie générale. (XV[e] Cong. int. de Méd., Lisbonne, 19-26 avr. 1906 ; in : *Presse méd.*, n° 58, 21 juill. 1906.)

RÉGIS et ANGLADE. — Un cas de paralysie générale juvénile. (Soc. de Méd. et Chir. Bordeaux, 16 mars 1906 ; in : *Gaz. hebd. des Sc. méd. Bordeaux*, n° 20, 20 mai 1906.)

RODIET et PANSIER. — Les symptômes oculaires de la paralysie générale en médecine légale. (*Rev. de méd. lég.*, n° 4, avr. 1906.)

ROUALET. — Syphilis cérébrale, à forme probablement scléro-gommeuse, des étages antérieur et moyen du cerveau. (*Arch. de méd. et pharm. milit.*, n° 1 janv. 1906.)

SPILLMANN et PERRIN. — Association de la paralysie générale avec des syphilides cutanées en évolution. (*Rev. méd. de l'Est*, n° 10, 15 mai 1906.)

SPILLMANN et PERRIN. — Paralysie générale et syphilides palmaires. (Soc. de Méd. Nancy, 28 mars 1906 ; in : *Rev. méd. de l'Est*, n° 13, 1 juill. 1906.)

VALLÉT. — Contribution à l'étude des rémissions dans la paralysie générale. (*Thèse*, de Paris, 1906.)

Syphilis Médullaire

BABINSKI. — Quelques particularités sur le tabes et son traitement mercuriel. (*Journ. des Prat.*, n° 26, 30 juin 1906.)

GILBERT BALLET. — Le nervo-tabes périphérique ; symptômes et diagnostic. (*Journ. de méd. interne*, 1[er] juin 1906, n° 11.)

A. Belugou. — Les traitements utiles du tabes. (*Arch. gén. de méd.*, n° 15, 10 avril 1906.)

Bonnamour. — Syphilis bulbaire. (Soc. méd. des Hôp. Lyon, 8 mai 1906 ; in : *Lyon méd.*, n° 22, 3 juin 1906.)

Debove. — Tabes et anévrysme aortique. (*Journ. des Prat.*, n° 23, 9 juin 1906.)

Dorleans. — Coexistence d'accidents syphilitiques tertiaires avec le tabes et la paralysie générale. (*Thèse*, Paris, 1906.)

Deyer. — Lues : Hemiplegie mit Aphasie. (Berl. derm. Gesellsch, 8 mai 1906 ; in : *Monatsh. f. prakt. Derm.*, B. 42, n° 11, 1e juin 1906.)

M. Faure. — Sur le traitement du tabes. (XVe Cong. int. de Méd., Lisbonne, 19-26 avr. 1906 ; in : *Presse méd*, n° 58, 21 juill. 1903.)

M. Faure. — Le traitement mercuriel du tabes. (XVe Cong. intern. de méd. de Lisbonne, 19-26 avr. 1906 ; in : *Presse méd.*, n° 35, 2 mai 1903.)

M. Faure. — Sur le traitement du tabes. (*Gaz. des Hôp.*, n° 56, 15 mai 1903

Ferreira de Lacerda. — Le traitement mercuriel intensif de la paralysie générale et du tabes. (XVe Cong. intern. d. Sc. méd. Lisbonne, 19-25 avr. 1906 in : *Sem. méd.*, n° 18, 2 mai 1906.)

Ferrier. — The Lumleian lectures on tabes dorsalis. (*Brit. méd. Journ.*, april 7 th. 1906.)

David Ferrier. — Nature et physiologie pathologique du tabes. (XV, Cong. int. de Méd. Lisbonne, 19-26 avr. 1906 ; in : *Presse méd.*, n° 58, 21 juill. 1906.)

Gowers. — A lecture on the dystrophy of tabes and the problem of trophic nerves. (*Brit. med. journ.*, june 2 nd. 1906.)

Greene. — A study of the larynx in tabes. (*Boston med. and. surg., journ.*, 25 janv. 1906.)

Kuhn. — Tabes und Paralyse in Beziehung zur Quecksilberbehandlung der Syphilis. (*Allg med. Centralztg.*, Nr. 38, 1905.)

Lapinski. — Affektion der Vorderhörner bei Tabes. (*Deutsche med. Zeit.*, n° 52, 28 juin 1906.)

Long. — Deux faits de tabes avec particularités peu communes. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, juin 1905.)

Long et Cramer. — Du tabes tardif. (*Rev. neurol.*, p. 110-115, 1903.)

Marinesco. — Contribution à l'étude de l'histologie et de la pathogénie du tabes. (*Sem. méd.*, n° 16, 18 avr. 1906.)

Mirallié et Laurans. — Myélite transverse syphilitique. Paraplégie spasmodique. Guérison par la rééducation. (Soc. méd.-chir des hôp., 25 janv. 1905 in : *Gaz. méd. de Nantes*, n° 10, 10 mars 1905.)

Perrin et Parisot. — Paraplégies syphilitiques. Nécessité du diagnostic étiologique et d'un traitement précoce intensif et prolongé. (*Rev. méd. de l'Est*, n° 3, 1er févr. 1906.)

J. Paviot. — Des lésions méningées du tabes dorsal. (Soc. méd. des Hôp. Lyon, 21 nov. 1905 ; in : *Lyon méd.*, n° 50, 10 déc. 1905.)

De Pascalis. — La sifilide nella patogenesi della tabe dorsale. (*Policlinico*, partie méd., XIII, 5.)

De Pascalis. — La syphilis dans la pathogénie du tabes dorsal. (*Policlinico* sect. méd., fasc. V, mai 1906)

PERRIN et PARISOT. — Paraplégies syphilitiques. Nécessité du diagnostic étiologique et d'un traitement précoce intensif et prolongé. (*Rev. méd. de l'Est*, nº 4 et 5, 1906.)

RACINE. — Ueber Analgesie der Achillessehne bei Tabes. (Abadie'sches Symptom). (*Munch. med. Woch.*, 15 mai 1906.)

RAYMOND.— Les paraplégies brusques au cours du tabes. (*Journ. des Prat.* nº 8, 24 févr. 1906.)

RAYMOND. — Formes frustes du tabes. (*Bull. méd.*, nº 54, 11 juill. 1906.)

SCHÜLLER. — Ueber atypische Verlaufsformen der Tabes. (*Wien. med. Woch.*, Nr. 17, 21 april 1906.)

SICARD. — Contribution à la pathogénie du tabes. (XVe Cong.int. de Méd. Lisbonne, 19-26 avr. 1906 ; in : *Presse méd.*, nº 58, 21 juill. 1906.)

TREVELYAN. — Familiary tabes dorsalis. (*Lancet*, sept. 9, 1905.)

Sýphilis expérimentale

FINGER. — Ein mit Syphilis geimpften Affen Cynocephalus hamadryas). bei dem es zum Auftreten sekundärer Efflorescenzen in zwei Schüben kam. (*Wien. derm. Gesellsch*, 7 juin 1905 ; in : *Arch. f. Derm. u. Syph.*, LXXVIII, B. 1 H, Jan. 1906.)

FINGER. — Cynocephalus hamadryas mit Syphilisvirus. (*Wien. derm. Gesellsch*, 6 Dez. 1905 ; in : *Arch. f. D. u. S.*, LXXIX B., 1 H. März 1906.)

FINGER u. LANDSTEINER.— Untersuchungen über Syphilis an Affen. (*Arch. f. D. u. S.*, LXXVIII B., 2 u. 3 H. febr. 1906.)

E. FINGER UND PR, K. LANDSTEINER. — Untersuchungen über Syphilis an, Affen Zweite Mitteilung. Mit Subvention aus der Treitlstiftung ausgeführt. (*Archiv. für Derm. und Syph.*, LXXXI Band 1 Heft, 1906.)

HOFFMANN. — Experimentelle Untersuchungen über die Infektiosität des syphilitischen Blutes. (*Deutsche med. Wochenschr*, nº 13, 1906.)

METCHNIKOFF. — Sur quelques faits nouveaux de syphilis expérimentale (*Quinzaine thérap.*, 25 mai 1906.)

METCHNIKOFF. — La syphilis expérimentale. (XVe Cong. intern. de méd. de Lisbonne, 19-26 avr. 1906 ; in : *Presse méd.*, nº 35, 2 mai 1906.)

MANTEGAZZA. — Ultime ricerche sulla eziologia e trasmissione sperimentale della sifilide. (*Giorn. ital d. mal. ven.*, fasc. II, 1906.)

A. NEISSER. — Versuche zur Uebertragung der Syphilis auf Affen. (*Deutsch. med. Woehenschr.*, nº 1, 3, 1906.)

NEISSER. — Sur la transmission expérimentale de la syphilis aux singes. (Assoc. silès. p. l'avanc. des Sc. en Allem. (Sect. de méd.), 22 déc. 1905 ; in : *Presse méd.*, nº 25, 28 mar 1906.)

A. NEISSER. — Recherches sur la transmission de la syphilis aux singes (*La Syphil.*, nº 6, juin 1906.)

QUEYRAT. — Syphilomes d'auto-inoculation. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, nº 3, mars 1906.)

RICKLIN.— L'inoculabilité de la syphilis au singe, considérée dans ses rapports avec la médecine pratique. Bilan des résultats fournis par les récentes expériences de Neisser. (*Rev. intern. de Clin. et Thér.*, nº 6, 20 juin 1906.)

SIMONELLI et BANDI. — Ricerche sperimentali sulla sifilide. (*Gazz. d. Osped*, 7 janv. 1906.)

THIBIERGE. — Le diagnostic du chancre syphilitique et la syphilis expérimentale. (*Journ. de méd. interne*, n° 2, 15 janv. 1906.)

THIBIERGE, RAVAUT et LE SOURD. — Chancre simple expérimental de la paupière chez le singe. (*Bull. Soc. méd. Hôp.*, n° 19, 8 juin 1905.)

WASSERMANN, NEISSER, BRÜCK. — Une réaction séro-diagnostique au cours de la syphilis. (*La Méd. scient.*, n° 67, juill. 1906.)

Microbiologie de la Syphilis

BANDI et SIMONELLI. — Parassitismo cellulare nella sifilide. (*Gazz. d Osped.*, 13 mai 1906.)

BANDI u. SIMONELLI. — Ueber das Vorhandensein der Spirochaete pallida im Blute und in den sekundären Erscheinungen der Syphiliskrankheite n (*Centralbl. f. Bakt. u. Parasitenk.*, Abt. I, Orig., Bd. 40, 1905, H. 1.)

BADIN. — Recherches du spirochète pallida dans les lésions superficielles de la syphilis. (*Thèse de Bordeaux*, 1906.)

BAR. — Lebende Spirochaete pallida. (*Berlin derm. Gesellsch*, 3 Juli 1906 ; n : *Monatsh. f. prakt. Derm.*, B. 43, n° 2, 15 Juli 1906.)

BERGER. — Contribution à la coloration du spirochète pâle. (*La Méd. scient.*, n° 67, juill. 1906.)

BERGER. — Zur Färbung der Spirochæte pallida. (*Munch. med. Woch.*, 1er mai 6 juin, 19 juin 1906.

BERGER. — Zur Färbnug der Spirochæte pallida. (*Wochenschris*, 1906, n° 18.)

BERTARELLI.— Spirochètes pâles et ostéo-chondrite syphilitique. (*Gaz. d osped.*, 1 juill. 1906.)

BERTARETLLI u. VOLPINI. — Untersuchungen über die Spirochaete pallida Schaudinn bei Syphilis. (*Centralbl. f. Bakt. u. Parasitenk.*, Abt, 1, Orig., Bd. 40, 1905, H. 1.)

BOSC. — Treponema pallidum (Schaudinn), dans les lésions de la syphili s héréditaire. (Soc. de Biol., 24 févr. 1906 ; in : *Arch. gén. de Méd.*, n° 10, 6 mars 1906.)

BOSC. — Treponema pallidum (Schaudinn) dans les lésions de la syphilis héréditaire. Formes de dégénérescence des tréponèmes et leur ressemblance avec le spirochaete refringens. (*Montpellier méd.*, n° 24, 17 juin 1906.)

BOSC. — Gommes syphilitiques et tréponèmes. (Soc. de Biol., 24 févr. 1906; in : *Arch. gén. de méd.*, n° 10, 6 mars 1906.)

BLASCHKO. — Ueber Schnittfärbung von Spirochaeten. (Berlin derm. Gesellsch, 13 Febr. 1906 ; in : *Derm. Zeitschr*, B. XIII, H. 7, juli 1906.)

BRANDWEINER. — Spirochätenfrage. (Wien, derm. Gesellsch, 7 März 1906 ; n : *Monatsh. f. prakt Derm.*, B. 42, n° 12, 15 juin 1906.)

BUSCHKE et W. FISCHER. — Ein Fall von Myocarditis syphilitica bei hereditärer Lues mit Spirochätenbefund. (*Deutschen Mediz. Woch.*, 1903, n° 19.).

BUSCHKE et FISCHER. — Ueber die Lagerung der Spirochaete pallida im Gewebe. (*Berlin. klin. Wochenschr*, 1er janv. 1906.)

BUSCHKE et FISCHER. — Topographie des spirochètes pâles dans les tissus. (*Méd. Scient.*, n° 63, mars 1906.)

BUSCHKE et FISCHER. — Weitere Beobachtungen über Spirochaete pallida *Berlin Klin. Wchnschr.*, Jg. 43, 1906, n° 13, S. 383-387.)

CSIKI. — Spirochaete pallida in syphilitischen Gebilden. (*Pest. med.-chir-Presse*, 7 janv. 1906.)

DETRE. — Sur la présence d'anticorps spécifiques et de leurs antagonistes chez les syphilitiques. (*Wiener klin. Wochenschr.*, n° 21, 24 mai 1906.)

DREYER. — Ein Ausstrichpräparat einer nässenden Papel mit typischen Spirochaeten. (Berl. derm. Gesellsch, 12 Dez. 1905 ; in : *Arch. f. D. u. S.*, LXXIX B. 1H, März 1906.)

DREYER u. TOEPEL. — Spirochaete pallida im Urin bei syphilitischen Nephritis. (*Derm. Centr.*, n° 6, März 1906.)

DUDGEON. — The presence of the spirochaete pallida in syphilitic lesions (*Lancet*, 1906, n° 10.)

EHRMANN. — Zur Topographie der Spirochaete pallida in der krustös werdenden Papel. (*Derm. Zeitschr.*, B. XIII, H. 6, Juni 1906.)

EHRMANN. — La phagocytose et les formes dégénératives du spirochaete pallida dans l'accident primitif et le cordon lymphangitique. (*Wiener klin. Woch.*, n° 27, 5 juill. 1906.)

ELLIS, ALLER. — The relation of Spirochaeta pallida to syphilis. A cortical review of recent investigations. (*American Medicine*, Vol. 11, 1903, n° 1, S. 37-39.)

B. ENTZ. — Ueber das Vorkommen der Spirochaete pallida bei kongenitaler Syphilis. (*Archiv. fur Derm. und Syph.* LXXXI Band 1, Heft 1906.)

FERRÉ. — Recherche sur la présence du spirochaete de Schaudinn dans les lésions superficielles de la syphilis. (Réun. biolog. Bordeaux, 9 janv. 1906 ; in : *Gaz. hebd. Sc. méd. Bordeaux*, n° 2, 14 janv. 1906.)

E. FEUILLIÉ.— Localisations du spirochaete pallida chez un fœtus hérédo-syphilitique. (*Bul. Soc. méd. Hôp.*, n° 9, 15 mars 1906.)

FRIEDLANDER.— Spirochäten. (Berlin derm. Gesellsch, 8 mai 1903 ; in *Monatsh f. prakt. Derm.*, B. 42, n° 11, 1 Juni 1906.)

GALASESCU et JONITESCU. — L'influence du traitement mercuriel (injections de sublimé) sur le spirochaete pallida de Schaudinn. (*Spitalul*, 1905, décembre pages 659-662.)

GALLI-VALERIO und LASSUEUR. — Sur la présence des spirochètes dans les lésions syphilitiques. (*Centralblatt für Bakt. Paras. und Infekt*, page 322, 21 juin 1906.)

GIERKE. — Rapport entre les spirochètes et les organes des enfants atteints de syphilis congénitale. (*Munch. med. Woch.*, n° 9, 27 févr. 1906.)

HERXHEIMER. KARL und OPIFICIUS, MARIE. — Weitere Mitteilungen ueber die Spirochaete pallida (treponema Schaudinn). (*Munch. med. Wchnschr.*, Jg. 53, 1906, n° 7, S. 310-312, 1 fig.)

HIRTZ. — A propos du treponema pallidum de Schaudinn. (*Bul. Soc. méd. Hôp.*, n° 12, 5 avr. 1906.)

HOFFMANN. — Weitere Mitteilungen über Spirochaete pallida mit Demonstration. (Berl. derm. Gesellsch, 12 Dez. 1905 ; in : *Derm. Zeitschr.*, B. XIII, H. 3, März, 1906.)

Hoffmann. — Präparate von Spirochaete pallida. (Berl. derm. Gesellsch, 12 Dez. 1905 ; in : *Arch. f. D. u. S.*, LXXIX B., 1 H., März 1906.)

Hoffmann. — Spirochaete pallida bei einem mit Blut geimpften Makaken. (*Berlin klin. Wochenschr.*, 13 nov. 1905.)

Huebschmann. — Hérédo-syphilis et spirochète de Schaudinn. (*Soc. méd. Genève*, 6 juin 1906.)

Hunt. Lawrence and Richards. — The spirochaete found in syphilitic lesions. (*Lancet*, 1906, vol. 1, n° 10, S. 667-668, 1 fig.)

L. Jacquet et Sezary. — Surrénalité syphilitique de l'adulte. Présence du tréponème pâle. (*Bull. Soc. méd. Hôp.*, n° 11, 29 mars 1906.)

Kraus.— Ueber ein Anreicherungsverfahren für gewisse Spirochaetenarten mit Bemerkungen zur ihrer Biologie. (*Arch. f.D. u. S.*, LXXX, B., 2 H, Juni 1906.)

Kreibich. — Zur ätiologischen Therapie der Syphilis (Kraus-spitzer). Spirochätenbefunde. (*Wiener. klin. Wchnschr.* J. g., 19, 1906, n° 8, S. 199-200.)

Krzysztalowicz u.Siedlecki.— Ueber das Verhältnis des Entwicklungs-zyklus des Treponema pallidum Schaudinn zu den syphilitischen krankheitsstadien. (*Monatsh. f. prakt. Derm.*, B. 43. n° 1, I Juli 1906.)

Krzysztalowicz et Siedlecki. — Contribution à l'étude de la structure et du cycle évolutif du Spirochaete pallida de Schaudinn. (*Rev. prat. des mal. cut.*, n° 2, févr. 1906.)

Kowalewski. — Ueber Primäraffekt am Lid mit Demonstration von Spirochäten. (*Deutsche med. Wochenschr.*, 28 déc. 1905.)

Lennan-Alex. — A preliminary note upon the cytorrhyctes luis (Siegel), and the Spirochaeta pallida. (*Bristish med. Journ.*, 1906, N° 2353, S. 258.)

Lévy-Bing. — Action du mercure sur les spirochaetes en général et sur le pallida en particulier. (*Bull. méd.*, n° 54, 12 juillet 1905.)

Levaditi.— Transmission de la balano-posthite érosive circinée au chimpanzé. Rôle du spirochaete refringens. (*Soc. de Biologie*, 28 juillet 1906.)

Levaditi. — Morphologie, culture et prétendu rôle pathogène du « Spirochaete refringens ». (*Semaine médicale*, n° 31, 1er août 1906.)

Levaditi. — L'histologie pathologique de la syphilis héréditaire dans ses rapports avec le « Spirochaete pallida ». (*Ann. de l'Inst. Pasteur.* T. XX, n° 1 25 janv. 1906.)

Levaditi. - - A propos de l'imprégnation au nitrate d'argent des spirochètes sur coupes. (*Comp. rend. soc. biol.* T. 60, 1906, n° 2, S. 67-68.)

Levaditi et Manouélian. — Nouvelle méthode rapide pour la coloration des spirochètes sur coupes. (*Comp. rend. soc. biol.* T. 60, 1906, n° 3, S. 134-136.)

Karl Löwy. — Beiträge zur Spirochaetenfrage. (*Archiv. fur Derm. und Syph.*, LXXXI Band, 1 Heft 1906.)

Loewenthal, Waldemar. — Beitrag zur Kenntnis der Spirochäten. (*Berlin. klin. Wchnschr.*, Jg. 43, 1906, n° 10, S. 283-285, 6 fig.).

Loewenthal. — Zur Kenntnis der Spirochaeten. (*Berl. klin. Wochenschr.*, octobre, 1906.)

Loewenthal. — Zur Kenntnis der Spirochäten. (*Med. Klinik*, 1906, n° 11 ; *und Berlin klin. Wochenschr.*, 1906, n° 10.)

Manahan. — La demonstration du Spirochaete pallida de la syphilis, avec la description d'une méthode rapide de coloration. (*Boston.med. a surg. Journ.* Vol. CLIV, n° 10, 8 mars 1906.)

Moncorvo. — Contributo allo studio del microbio di Schaudinn nella sifilide ereditaria. (*Pediatria*, mars 1906.)

Mucha et Scherber. — Sur la présence du Spirochaete pallida dans les tissus syphilitiques. (*Wien. klin. Wochenschr.*, n° 6, 8 févr. 1906.)

Müller, Heinrich. — Ueber die Spirochaete pallida Sammelreferat. (*Dtsche Mediz.Ztg.*, J. g. 27, 1906, n° 28, S. 301-303.)

Müllmann. — Du microbe de la syphilis (*en russe*). (*Roussk. Vratch.*, 18 févr. 1906.)

Nattan-Larrier et Brindeau. — Présence du Spirochaete pallida dans le placenta syphilitique. (*Compt. rend. soc. biol.*, T. 60, 1906, n° 4, S. 181-182.)

Nattan-Larrier et Brindeau. — Passage du spirochaete pallida des tissus fœtaux aux tissus maternels dans le placenta syphilitique. (*Compt. rend. soc. biol.* T. 60, 1906, n° 5, S. 250-252.)

Norris, Pappenheimer und Flourney. — Vorläufige Mitteilung über eine durch Spirochäten an weißen Ratten bewirkte Infektion und Bemerkungen über die Vermehrung der Spirochäten in flüssigen Medien. (Page 324, in *Centralbl. f. Bak. Paras.* 21 juin 1906.)

Von Niessen. — Die Bedeutung der Spirochaeta pallida für die Syphilisursache und Syphilisdiagnose. (*Wien. med. Woch.*, n° 27, 30 juin 1906.)

Polland. — Spirochätenbefunde bei Nosokomialgangrän in Unterschenkelgeschwüren. (*Wiener klin. Woch.*, 1905, n° 47.)

Popovitch. — Les spirochètes en pathologie humaine. (*Thèse de Paris* 1905.)

Von Prowazek et Keysselitz. — Morphologische und entwicklungsgeschichtliche Untersuchungen über Hühnerspirochäten, mit einem Anhang : Beschreibung von Spirochaeta anodontae nov. spec. (*Arbeiten aus dem Kaiserl Gesundheitsamte*, XXIII, 2, 1906.)

Blaschko. — Ueber Spirochätenbefunde im syphilitisch erkrankten Gewebe. (*Med. Klinik*, Jg. 2, 1905, n° 13. S. 335-339, 1 Taf.)

Bütschli. — Bemerkung zu der Mitteilung von F Schaudinn über Spirochaete pallida. (*Dtsche med. Wchnschr.* Jg. 32, 1903, n° 2, S. 71-72.nebst Bemerkung von Schaudinn, *ib.* S. 72.)

Radaeli. — Ricerche sulla spirocheta pallida nella sifilide acquisita ed ereditaria. (*Giorn. ital. d. mal. ven.*, fasc. II, 1906.)

Ravaut et Ponselle. — Recherches sur la présence du spirochaete pallida dans le sang des syphilitiques. (*Gaz. des Hôpitaux*, n° 86, 31 juillet 1906.)

Richards. — The diagnostic Value of the Spirochaeta pallida in veneral sore. (*Medical chronicle.* Ser. 4, vol. 10, 1906, n° 5, S. 273-291.)

Richards and Hunt — The spirochaete Found in syphilitic lesions. (*Lancet*, 1906, n° 10.)

Risso et Cipollina. — Spirochaeta pallida e infezione sifilitica. (*Riforma med.*, 26 aout 1905.)

Roscher. — Untersuchungen über das Vorkommen von Spirochaete pallida bei Syphilis. (*Berlin klin. Wochenschr.*, 30 oct. 6 et 13 nov. 1905.)

ROSENBERGER. — The spirochaetae found in syphilis. (*Amer. journ. of the med. Sc.*, janv. 1906.)

ROSENBERGER, RANDLE. — The Spirochaetae found in syphilis; a report of thirty-four cases. (*American Journal of the med sc.*, vol. 131, 1906, N° 1, S 143-153.)

SCHLIMPERT. — Recherche des spirochètes dans les organes des nouveau-nés hérédo-syphilitiques. (*Deutsche med. Woch.*, n° 26, 28 juin 1906.)

SÉZARY. — Microbiologie de la syphilis. Le treponema pallidum de Schaudinn. (*Presse méd.*, n° 24, 24 mars 1906.)

SHENNAN, THEODORE. — Spirochaeta pallida (Spironema pallidum) in Syphilis. (*Lancet*, 1906, vol. 1, n° 10, S. 663-667, n° 11, S. 746-752, 6 fig.)

SCHUTZ. — Communication sur le spirochœte pallida (Schaudinn) et les cytorrhyctes (Siegel). (*Munch med. Wochenschr.*, n° 12, 20 mars 1906.)

SCHUTZ, JOSEF. — Mitteilungun über Spirochaeta pallida (Schaudinn) und Cytorrhyctes (Siegel). (*Munchen, med. Wchnschr.*, Jg. 53, 1906, n° 12, S. 543-544.)

SIMONELLI u. BANDI. — Ueber eine rasche Färbungsmethode von Spirochaete pallida. (*Centralbl. f. Bakt. u. Parasitenk.* Abt. I, Orig., Bd. 40, 1905, H. 1.)

SIMMONDS. — Valeur diagnostique de la recherche du spirochaete pallida dans la syphilis congénitale. (*Munch. med. Woch.*, n° 27, 3 juill. 1906.)

THIBIERGE, RAVAUT et LE SOURD. — Le spirochaete pallida de Schaudinn et le diagnostic de la syphilis. Etude de bactériologie clinique et recherches expérimentales. (*Bull. Soc. méd. Hôp.*, n° 13, 12 avr. 1906.)

THOMSEN et CHIEVITZ. — Spirochaete pallida (treponema pallidum) ved medfödt syfilis. (*Bibliotek for Laeger*, avr. 1906.)

O. THOMSEN et CHIEVITZ. — Le tréponème pâle dans la syphilis congénitale. (*Bibliotek for Laeger* avr. 1906.)

TOEPEL. — Die Färbung der Spirochaete pallida in Schnitten. (*Uebers ref. Dermatol. Centralbl.*, Jg. 9, 1906, n° 4, S. 106-107.)

ZETTNOW. — Färbung und Teilung bei Spirochäten. (*Zeitschr. f. Hyg. u. Infectionskr.*, LII, 3, 1906.)

Traitement de la Syphilis (Varia)

BABINSKI. — Le traitement mercuriel dans les névropathies syphilitiques (*Syphilis*, n° 2, 1904.)

J. BOISSEAU. — Traitement local des gommes syphilitiques par les injections d'iodure de potassium. (*Steinheil*, éd. Paris 1906.)

CAMMAS. — De l'emploi du fer (médication adjuvante) dans le traitement de la syphilis. (*Thèse*, Paris 1906.)

DARDEL. — Le traitement de la syphilis aux eaux sulfureuses. (*Arch. gén. de Méd.*, 5 juin 1906, n° 23.)

G. DOIN. — Le traitement de la syphilis par les eaux sulfureuses. (*La Clinique*, 27 juillet 1906, page 491.)

DRESCH. — Traitement thermal sulfureux de la syphilis. (XV[e] intern, Kongr. v. 19-26 Apr. 1906, Lisbonne ; in : *Derm. Zeitschr.*, B. XIII, H. 7, Juli 1906.)

DUHOT. — L'avortement de la syphilis par le traitement intensif. (XV° Intern. Kongr. v. 19-26 Apr. 1906, Lisbonne ; in : *Derm. Zeitsch.*, B. XIII, H. 7, Juli 1906.)

FOSSIER. — Les traitements de la syphilis. (*Thèse de Paris*, 1906.)

GALASSO.— Caso di nefrosifilosi precoce ; guarigione con il metodo Baccelli (*Gazz. deg'i Osped.*, 24 oct. 1905.)

HALLOPEAU et GRANCHAMP. — Action locale du traitement mercuriel sur les syphilides du visage. (*Bull. Soc. fr. D. et S.*, n° 4, avr. 1906.)

L. HAUCK.— Über das Verhalten der Leukocyten im II. Stadium der Syphilis vor und nach Einleitung der Quecksilbertherapie. (*Arch. f. Derm. u. Syph.*, LXXVIII B. 1 H., Jan. 1906.)

LENGEFELD. — Ueber die Behandlung der Syphilis mit 45 % Oleum mercurioli. (*Wien. klin. ther. Wochenschr.*, Nr. 24, 1905.)

DE LUCA e CASAGRANDI.— Tentativi di profilassi e di terapia antisifilitica con filtrati amicrobici di manifestazioni sifilitiche e con siero di cane trattato con i filtrati stessi. (*Giorn. ital. d. Mal. ven.*, fasc. VI, 1905.)

HENRI MALHERBE. — Sur la mercurialisation par voie rectale (*Ann. de ther. Derm. and Syph.*, Tome VI, n° 14, 20 juillet 1906.)

QUADRONE et GRAMEGNA. — Radioterapia e sifilide iniziale. (*Riforma med.*, 19 août 1905.)

NEPI. — La cura abortiva della sifilide. (*Riv. med. pugl.*, Ann. 1, 1 Genn. 1906.)

E. REIF. — Pflege der Mundhöhle bei Syphilis und deren Behandlung durch eine Quecksilberkur. (*Monatsschr. f. Harnkrankh. u. sexuelle Hygiene*, 11, 1904.)

ROMME.— L'opothérapie de la syphilis. (*Presse Méd.*, n° 98, 6 déc. 1905.)

C. SIEBERT. — Ueber die Natur der nach der Justussche Methode des Quecksilbernachweises in den Geweben erhaltenen Niederschläge. (*Arch. f. Derm. u. Syph.*, LXXV B. 2. u. 3 H., juin 1905.)

Traitement de la Syphilis (Injections.)

ABADIE.— Les injections mercurielles et les affections oculaires dites parasyphilitiques. (*Bull. méd.*, n° 103, 31 déc. 1904.)

DUHOT. — Le traitement de la syphilis par les injections mercurielles. (*Presse méd. belge*, n° 12, 25 mars 1906.)

DUHOT. — Les injections mercurielles dans le traitement de la syphilis. (*Presse médicale belge*, n° 29, 22 juillet 1906.)

DRESCH. — Traitement thermal sulfureux de la syphilis : cures simples intercalaires, cures combinées aux injections hypodermiques de préparations solubles d'hydrargyre. (XV° cong. intern. de méd, de Lisbonne, 19-26 avr. 1906, in : *Presse méd.*, n° 35, 2 mai 1906.)

IOVANITESCU et GALASESCU. — Influenta tratamentului mercurial si in special a injectinilor de sublimat asupra spirochetei palide a lui Schaudinn (*Spitalul*, déc. 1905.)

GARCEAU. — Intramuscular injections in the treatment of syphilis and the use of the sozoiodolate of mercury. (*Journ. of cut. dis.*, July 1906.)

Kamprath. — Zur Kombination von Quecksilber und Arsen bei der Injektions behandlung der syphilis. (*Wien. med. Woch.*, Nr 23, 2 juin 1906.)

Malafosse. — Contribution à l'étude du traitement mercuriel intensif dans les accidents graves de la syphilis par les injections de sels solubles. (*Arch. de méd. et pharm. milit.* nov. 1905.)

Marcus u. Welander. — Zur Frage der Behandlung der Syphilis-Mit besonderer Berücksichtigung intravenöser Sublimatinjektionen. (*Arch. f. D. u. S.*, LXXIX. B. 2. u. 3., H., Apr. 1906.)

J. Nicolas. — Les injections espacées de sels mercuriels solubles à hautes doses dans le traitement de la syphilis. (*Lyon médical*, n° 29, 22 juillet 1906 Tome CVII.)

Tokujiro Suzuki. — Zur Kenntnis der lokalen Veränderungen nach hypodermatischen Injektionen eines schwefelhaltigen Jodöls bei Syphilis. (*Arch. f. Derm. u. Syph.*, LXXV B. 2. u. 3. H., Juni 1905.)

Syphilis (Sérothérapie)

Justin de L'Isle. — Sérumthérapie de la syphilis. (*Syph.*, n° 6, juin 1905.)

A. Lefebvre.— Les recherches récentes sur la syphilis ; transmission, immunisation et sérothérapie. (*Journ. méd. Bruxelles*, n° 14, 5 avr. 1905.)

René Laufer. — Les recherches sur la vaccination et la sérothérapie antisyphilitique. (*Rev. scientifique*, 23 déc. 1905.)

A. Malherbe. — Note sur un essai de sérothérapie dans la syphilis. (*Progrès méd.*, n° 14, 8 avr. 1905.)

A. Risso et A. Cipollina. — I nostri risultati nella sieroterapia della sifilide, nota preventiva. (*Riforma med.*, 30 nov. 1904.)

Risso u. Cipollina. — Unsere Resultate in der Serumtherapie der syphilis. (*Arch. f. D. u. S.*, LXXIX B. 1 H. März 1906.)

Ludwig Waelsch. — Das Syphilisheilserum von Dr Paulsen. (*Arch. f. Derm. u. Syph.*, LXX B. 3 H. Juli 1904.)

Prophylaxie des maladies vénériennes

Butte. — La surveillance médicale des prostituées à Paris en 1905. (*Bull. Soc. franç. Proph.*, n° 1, 10 janv. 1906.)

Denslow Lewis. – The need of publicity in venereal prophylaxis. (*Illinois state med. soc.*, may 15, 16, 17, 1906 ; in : *Med. Record*, July 14, 1906.)

Désormeaux.— Préservation des nourrices et des nourrissons contre la syphilis. (*Thèse*, Paris, 1906.)

H. Feilchenfeld. — Zur Prophylaxe der Recidive bei Erosionen der Hornhaut. (*Medisch Weekblad*, n° 16, 21 juli 1906.)

Gloaguen. — Les conceptions anglaise, allemande et française de la prophylaxie dans les colonies. (*Bull. méd.*, n° 32, 28 avr. 1906.)

Gros.— Statistique et fonctionnement de l'Infirmerie indigène de Rébeval : maladies vénériennes pendant l'année 1904. (*Bull. méd. de l'Algérie*, 30 avr. 1906.)

HÉBERT. — Où se prennent les maladies vénériennes ? Comment elles sont soignées ; comment elles devraient l'être. (*Thèse*, Paris, 1906.)

LETULLE. — La protection de la santé de la jeunesse au Congrès de Nancy. (*Presse méd.*, n° 56, 14 juill. 1906.)

P. LÉVÊQUE. — Prophylaxie des maladies vénériennes et police des mœurs. (*Thèse*, Lyon, 1905.)

D. LEWIS— Knowledge as a factor in venereal prophylaxis. (*Amer. Journ. of Derm.*, n° 2, febr. 1906.)

A. MANQUAT. — Prophylaxie de la syphilis et des maladies vénériennes dans leurs rapports avec la prostitution. (*Bull. Méd.*, page 715, 1906.)

MORROW (Prince A.). — Prophylaxie morale et sanitaire. (*Boston med. a surg. journ.*, Vol. CLIV, n° 24, 14 juin 1906.)

J. NOIR. — A propos d'un nouveau procédé de prophylaxie de la syphilis, l'exemple de Jenner. (*Prog. Médical*, n° 30, 28 juillet 1906.)

PICHON. — Les maladies vénériennes aux colonies ; leur prophylaxie dans l'armée coloniale. (*Thèse*, Bordeaux, 1905.)

RACHOU. — L'arrestation et la détention préventive des filles publiques. (*L'Abolitionniste*, n° 5, 15 mai 1906.)

RUDAUX. — Traitement prophylactique de la syphilis héréditaire. (*La Clin.* n° 18, 4 mai 1906.)

SALMON. — Prophylaxie de la syphilis ; éducation des classes ouvrières. (*Thèse de Paris*, 1906.)

VERCHÈRE. — Fonctionnement du dispensaire spécial de Saint-Lazare. (*Bull. Soc. franç. Proph.*, n° 1, 10 janv. 1906.)

Projet de loi relatif aux mesures à prendre au regard des jeunes mineurs se livrant habituellement à la prostitution rédigé par la Commission de Rédaction de la commission extra-parlementaire du régime des mœurs. (*Ann. de Thér. Derm. et Syph.*, n° 9, 5 mai 1906.)

Prostitution

K. BOECK. — Die Schilffelder Japans ». (Japanische Prostitution). (*Zeitschr f. Bek. d. Gesch.*, B. V. H. 3, März 1906.)

BOSREDON. — Péril vénérien et prostitution. (*Th. de Bordeaux*, *Ann. scol.*, 1905-1906.)

CLAUSMANN. — Prostitution, Polizei und Justiz. (in *Zeitschrift für Bekampfung der Geschlechtskrankheiten*, Band V, Heft 6, juin 1906.)

MARCUSE. — Zur ambulatorischen Behandlung der Prostituierten. (*Zeitschr. f. Bek. der Geschlecht*, B. 5, Nr. 1, 1906.)

HENRI MINOD. — La lutte contre la prostitution. (Rapport présenté à la IIIe section du Congrès international des Patronages. Liège, août 1905), Broch. 132 p. Genève, *Secrétariat général de la Fédération*, 1905.)

MORHARDT. — Les maladies vénériennes et la règlementation de la prostitution au point de vue de l'hygiène sociale. (*Thèse*, Paris, 1906.)

J. LACHS. — Ein Beitrag zur Kenntnis des Krakauer Prostitutionswesens im XV Jahrhundert. (*Derm. Zeitsch*, B. XIII, H. 6 juin 1906.)

LE PILEUR. — Résultats approximatifs à Paris, du projet de loi sur la prostitution des mineures. (*Rev. de méd. lég.*, n° 3, mars 1096.)

ROUX. — La prostituée japonaise au Tonkin. (*Zeitschr. f. Bek. d. Gesch.* B. V, H. 3, März 1906.)

WECHSELMANN. — Aus der Geschichte des Prostitutionswesens in Deutschland. (*Zeitsch. f. Bek. der Geschlecht.* B. 5, Nr, 1, 1906.)

FERD. ZINSSER. — Die Prostitutionsverhältnisse der Stadt Köln. (in *Zeitschrift fur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.* Band V, Heft 6, juni 1906.)

Varia

ALBERT S. ASHMEAD.— Relation of syphilis with japanese racial peculiarrities and customs. (in *American Journ. of Derm.* vol. X, July 1906, n° 7.)

P.-C. BONGRAND. — Notes historiques concernant « les expériences sur l'homme » (maladies vénériennes). (*France méd.*, n° 6, 25 mars 1905.)

M. BRUCK. — Die guten Sitten und der Bordelleverkauf. (*Zeitsch. f. Bek. d. Geschl.*, B. V, H. 2, März 1906.)

CAZANOVE. — La dépravation sexuelle chez les relégués à St-Jean du Maroni (Guyanne française). (*Arch. d'anthropol. crimin.*, 15 janv. 1906.)

LANDOUZY. — L'œuvre libératrice. (*L'Abolitionniste*, n° 4, 1 avr. 1906.)

H. LÉCUYER. — Avarie et Maisonneuve. (*Journ. de Médecine de Paris*, 5 août 1906.)

J. NOIR. — Le traitement des avariés par les médecins de l'assistance à domicile. (*Progrès méd.*, n° 16, 22 avr. 1905.)

TOUREY-PIALLAT. — Les nourrices avariées. (*Clinique*, n° 6, 9 févr. 1906.)

SAVIOZ. — L'abolitionnisme au Landstag de Prusse. (*L'abolitionniste*, n° 4, 1 avr. 1906.)

CH. VALENTINO. — L'admissibilité des syphilitiques au mariage. (*Rev. Scientif.*, 21 nov. 1903.)

L. VIDAL. — Criminalité féminine. (*Languedoc méd.-chir.*, n° 3, 25 mars 1906.)

TRAVAUX ORIGINAUX

LES TEIGNES DANS LES ÉCOLES ET LA POPULATION INFANTILE D'ALGER (1).

(*Travail du Laboratoire des Consultations cutanées et vénériennes.*)

PAR

L. Raynaud et le Dr H. Vérité

Médecin des Hôpitaux, directeur de la Santé, Alger.

Médecin inspecteur des Écoles d'Alger.

La ville d'Alger est la première où l'inspection médicale des écoles primaires ait été organisée. Ce service créé pour les écoles maternelles à la fin de l'année 1871, fut étendu aux autres établissements scolaires de la ville en 1872, et ce n'est qu'en 1874 que l'inspection médicale des écoles primaires fut organisée à Bruxelles, et en 1879 à Paris.

Des considérations d'ordre financier n'ont pas permis à la ville d'Alger de se maintenir à la tête du mouvement dont l'initiative faisait le plus grand honneur à la municipalité et actuellement la protection des enfants contre la contagion n'offre pas, dans les écoles, beaucoup plus de garanties qu'il y a 35 ans. Il n'y a toujours qu'une seule mesure prophylactique : « le renvoi des enfants atteints d'affections contagieuses ».

Ce procédé est d'une efficacité particulièrement douteuse pour les teignes, et c'est beaucoup pour seconder les efforts de la municipalité actuelle, désireuse de prendre des mesures plus efficaces, que nous avons rédigé cette note.

En effet, depuis 1872, on peut dire que la fréquence des cas de teigne a été en progression constante.

Le favus était alors très répandu parmi les indigènes aussi bien israélites que musulmans; on trouvait souvent dans cette population habitant la Casbah des enfants et des adultes la tête couverte de godets. L'expulsion par le Dr Gémy, inspecteur des Ecoles, de tous ces cas, anciens pour la plupart dans les écoles, amena une amélioration sensible. L'examen clinique était d'ail-

(1) Communication du Congrès de gynécologie, obstétrique et pédiatrie d'Alger (avril 1907).

leurs le seul moyen employé à dépister les teignes, le microscope n'intervenait pas, les travaux de Gruby étant tombés dans l'oubli.

A partir de 1882, nous commençons à avoir des renseignements plus précis ; ils sont consignés dans les rapports du Dr Gémy.

Pour l'année scolaire 1882-83, sur 4516 inscrits, nous relevons 45 cas de teigne, mais comme la pelade à cette époque était classée parmi les teignes, nous sommes autorisés à croire que ce chiffre est exagéré et qu'il englobe un grand nombre de peladiques.

Cette cause d'erreur persiste jusqu'en 1888, année où le Dr Gémy sépare dans les statistiques le favus, le tricophyton et la pelade. Cette année on note pour la première fois l'usage du microscope pour affirmer le diagnostic.

Jusque vers 1889-90, l'augmentation n'est pas considérable : 60 cas environ par an. De 1890-91 (avec 5.922 inscrits) à 1892-93 (avec 6.677 inscrits) l'augmentation est notable : 100 à 110 cas par an. En 1893-94, fléchissement dû à un relâchement dans l'inspection, compensé en 1894-95 (6.600 inscrits, par une augmentation sensible : 165 cas ; puis régulièrement de 100 à 120 expulsions par an jusqu'en 1901 (7.600 inscrits), où à la mort du Dr Gémy l'inspection reste désorganisée ; de 1901 à 1904, aucune expulsion n'est, en effet, prononcée pour teigne.

En 1904, l'un de nous, ancien adjoint du Dr Gémy, est remis à la tête du service et les expulsions pour teigne recommencent au nombre de :

164	en	1904-05	
142	en	1905-06	
124	en	1906-07	(six mois)
430			

430 sur une moyenne de 8.000 enfants fréquentant les écoles.

A partir de 1904, date de la réorganisation de l'inspection médicale, nous possédons des renseignements plus exacts sur les teignes, leurs variétés, leur répartition par races et leurs formes cliniques. C'est aussi vers cette époque que la consultation des maladies cutanées du Dr Raynaud, récemment créée à l'hôpital civil, nous apporte des statistiques comprenant les enfants provenant de certaines écoles privées, des orphelinats et des écoles communales de l'ancienne ville de Mustapha. Cette commune, ré-

cemment annexée à Alger, n'a pas encore son inspection médicale organisée au point de vue spécial des affections cutanées.

L'étude que nous présentons ici en commun avait déjà été esquissée par chacun de nous dans des rapports annuels à la municipalité, dans des revues (*Bul. Méd. de l'Algérie*, 1904), ou des rapports à l'administration de l'Assistance ; un de nos élèves M. Galais (1) achève en ce moment sa thèse sur le même sujet, elle donnera les renseignements plus précis sur la question des teignes à Alger, l'organisation hospitalière, ainsi que les mesures générales qui sont opposées à cette affection.

Nous avons voulu aujourd'hui attirer encore l'attention des pouvoirs publics sur le danger que présente l'extension de la teigne, insuffisamment soignée et combattue. Ce danger apparaîtra nettement au vu de nos statistiques.

Le tableau ci-joint indique les éliminations pour teigne durant les 3 dernières années scolaires. (La dernière ne comprenant que 6 mois).

Cas de teignes relevés dans les écoles d'Alger-ville durant les trois dernières années scolaires au 25 *mars* 1907 *sur une moyenne de* 8.000 *enfants fréquentant les écoles.*

Années scolaires	Tricoph.	Favus	Totaux
1904-05	81	83	164
1905-06	119	23	142
1906-07 jusqu'au 25 mars	100	24	124
Totaux....	300	130	430

Répartition pour 3 ans 1904 à 1907.	Tricoph.	Favus	Totaux
Ecoles de garç...	151	97	248
Ecoles de filles..	33	6	39
Ecoles maternelles	116	27	143
Totaux ...	300	130	430

Un premier point attire l'attention : la diminution notable des cas de favus. Nous voyons deux causes à cette diminution : 1° les succès que donne l'épilation dans la teigne faveuse, même par des mains peu expérimentées, la résistance du cheveu facilitant son extraction ; 2° les erreurs de diagnostic qui faisaient ranger comme favus pytiriasique beaucoup de tricophyties ectothrix à grosses spores. Nous avons ainsi vu porter 143 favus contre 12 tricophyties dans certains rapports vieux d'une quinzaine d'années.

Ces erreurs de diagnostic se produisent encore quelquefois ; il existe des cas où seule la culture peut affirmer la teigne à laquelle

(1) Galais. Des teignes à Alger chez l'enfant. (Thèse. Montpellier, Dupuy, édit., 1907.)



on a affaire ; nous n'avons pu indiquer dans ce tableau les différentes espèces de tricophyties, faute de renseignements précis.

La grande majorité des cas comprend des :

1° Tricophyties endothrix à spores sphériques à mycelium fragile, au moins 60 % ;

2° Trico-endothrix à spores cylindriques à mycelium résistant dans la proportion de 30 % ;

3° Des trico-ectothrix à mycelium fragile, 10 %.

Ces trois espèces formant la presque totalité de notre statistique ; à cela, il faut ajouter 2 kérions.

Quant à la tondante de Gruby, nous n'en avons vu que 2 préparations.

Nous avons constaté très souvent un grand nombre de plaques d'inoculation (plus de vingt sur chaque tête), ceci n'a rien qui doive surprendre puisque la multiplicité des plaques est la caractéristique des trico, à grosses spores (petites plaques, grosses spores.)

Le Favus a à peu près disparu des écoles, les habitudes de propreté se sont répandues et les savonnages fréquents du cuir chevelu empêchent la formation du godet. Au contraire, les malades se présentant à la consultation de l'hôpital ont plus fréquemment cette forme de teigne à godets ces derniers provenant souvent de l'extérieur ou d'établissements scolaires libres où l'inspection médicale n'est pas pratiquée.

Les races ont été touchées par les teignes dans les proportions suivantes :

	Tricoph.	Favus	Totaux	
Arabes...........	64	65	129	293 pour les deux races sémites 68 % et pour les israélites 37.8 %
Israélites.........	137	27	161	
Italiens...........	23	13	36	69 soit 16 %.
Espagnols........	21	12	33	
Français et divers.	55	13	68	soit 16 %.
Totaux.......	300	130	430	

Les Israélites viennent en tête de beaucoup. Sont-ils particulièrement prédisposés ou bien l'absence de précautions hygiéniques facilite-t-elle la contagion ? Nous avons été étonnés du grand nombre de teignes rencontré chez des israélites aisés.

Il aurait été intéressant de connaître, d'après la population scolaire globale, le pourcentage de teigneux appartenant à chaque race, mais les renseignements nous ont manqué pour ce travail.

Les Musulmans fréquentant presque uniquement deux écoles qui leur sont réservées, nous savons approximativement dans quelle proportion ils sont atteints. Dans ces 3 dernières années, ces écoles ont compté environ 580 élèves, mais comme il ne se présente guère que 200 élèves nouveaux par an, on peut dire que dans cette période, il a été trouvé 121 teigneux, sur 1000 enfants, ce qui représenterait une moyenne de 12 % de malades. Ce chiffre qui nous paraît faible est encore plus élevé que celui que signalait en 1892 M. Gemy, qui évaluait la teigne chez les Musulmans à 6,5 % et à 2 % chez les israélites.

Parmi les causes de contagion notons chez l'indigène l'habitude de se raser le cuir chevelu au lieu de couper les cheveux comme chez nous.

Les sémites, Musulmans et Juifs, forment 68 %, des cas de teigne sur le nombre total des teignes des écoles (293 sur 430). N'y aurait-il pas là, une prédisposition créée par l'habitude du bain maure avec savonnage au savon de potasse, qui dégraissant d'une façon absolue le cheveu, le met en état de moindre résistance vis-à vis des spores ? Quand on parcourt les écoles indigènes on est frappé du vilain aspect du cuir chevelu de la quasi-unanimité des élèves, cheveux secs, avec séborrhée sèche,intense. Le cheveu doit se défendre mieux contre l'infection quand il se porte bien et qu'il est suffisamment gras.

Les Italiens et les Espagnols sont relativement peu touchés respectivement 36 et 33 cas en 3 ans, ce qui fait 16 %. L'ensemble des races latines Françaises, Espagnoles et Italiennes donne le 1 /3 des cas totaux de teigne que nous avons observés.

Dans sa thèse récente (1) M. Henri Kopp, ancien préparateur de parasitologie à l'Ecole de Médecine d'Alger, a étudié la teigne tricophytique algérienne au point de vue mycologique ; il a fait un travail des plus intéressants qu'il serait très utile de voir poursuivre et achever.

Prélevant les éléments des cultures qu'il a faites sur les malades de notre service des consultations et des écoles de la ville, il est arrivé par ses recherches aux mêmes conclusions que nous; il identifie cependant le Tricophyton à grosses spores arrondies, qui cause la majorité de nos teignes scolaires, avec le trico-viola-

(1) Les Teignes Algériennes, par H. Kopp, 1907. Montpellier, Imp. Grollier.

ceum très fréquent en Italie. Il attribue à l'immigration italienne le développement de cette teigne en Algérie; le petit nombre d'Italiens atteints par la teigne dans nos écoles et dans la ville nous fait concevoir quelques doutes sur l'exactitude de son hypothèse.

II. — Statistique du service des consultations du Dr Raynaud.
du 1er mars 1902 au 25 mars 1907.

	Favus	Tricophyton	Total
I Teignes constatées parmi les élèves des écoles d'Alger venus à la consultation de l'hôpital	40	163	(1) 203
II Chez des enfants d'Alger et Mustapha ne fréquentant pas les écoles d'Alger ville	52	78	130
III Chez des enfants n'habitant pas Alger	42	35	77
Totaux	134	276 (2)	410
Au point de vue du *sexe* :			
Garçons	109	190	299
Filles	25	86	111
Totaux	134	276	410

Au point de vue des *races* :	Garçons	Filles	Total	Garçons	Filles	Total	Total général
Arabes	56	2	58	23(3)	2	25	83
Israélites	15	9	24	71	40	111	135
Italiens	9	2	11	11	4	15	26
Espagnols	4	3	7	(4)16	15	31	38
Français et naturalisés	23	9	32	(5)68	24(6)	92	124
Divers	2	»	2	2	»	2	4
Totaux			134			276	410

Dans les écoles d'Alger, il a été constaté 430 teigneux depuis 3 ans ; à la consultation et au service des isolés de l'hôpital civil dans le même temps on en a soigné 410 sur lesquels 203 appartenant aux écoles d'Alger et figurant déjà sur la première statistique.

(1) Ces 203 cas du § 1 sont déjà compris parmi les élèves des écoles vues par le Dr Vérité.

(2) Sur ce nombre nous avons compris 6 tondantes de Gruby et 2 kérions de Celse.

(3) Dont 1 Gruby.

(4) Dont 1 Gruby.

(5) Dont 1 Gruby, 1 Kérion.

(6) Dont 1 Gruby, 1 Kérion.

En défalquant ces 203 enfants, il reste 207 malades soignés à Mustapha, qui ajoutés aux 430 du Dr Vérité font un total de 637 cas de teigne passés entre nos mains.

Sur ces 207 malades, 77 proviennent des environs d'Alger, ou du département : El biar,Maison Carrée, Tizi-Ouzou, etc., il reste donc 130 Algérois soignés à la consultation, qui joints aux 430 déjà signalés représentent 560 cas de *teigne actuellement constatés dans la population infantile d'Alger.*

Nous ne parlons pas ici des malades soignés dans le service de la Clinique dermatologique du Prof. Brault, ni des enfants de notre clientèle privée, dont le nombre viendrait encore grossir le chiffre ci-dessus.

Or, comme la visite des écoles de Mustapha n'a jamais été faite dans les conditions de celles d'Alger, on peut évaluer au même chiffre au moins les teigneux qui existent dans cette population. Si on y ajoute les cas frustes, à peine perceptibles cliniquement qui se découvriront par l'examen microscopique ultérieur dans les 2 sections d'Alger, aussi bien dans les écoles municipales que dans toutes les écoles libres non soumises à l'inspection, on ne sera pas taxé d'exagération en *estimant à* 1500 *au minimum les cas actuels de teigne à Alger.* A l'hôpital Saint-Louis, quand nous avons indiqué le nombre de malades que nous avions soigné ici, et qui s'élevait alors à 400, on nous répondait qu'il fallait multiplier par 10 et compter que ce chiffre représentait 4000 teigneux dans toute la population.

Si l'on compare les 2 statistiques des écoles et de l'hôpital, sans comprendre dans cette dernière les 203 teignes scolaires, on constate que le pourcentage des tricophyties est plus grand dans les écoles :

Statistique du Dr Vérité.			*Statistique du Dr Raynaud.*		
Trico	300 cas	= 70 %	Trico	113 cas	= 54 %
Favus	130 cas	= 30 %	Favus	94 cas	= 46 %
	430 cas			207 cas	

Pour l'ensemble des 637 cas des 2 statistiques la moyenne globale est de 65 %, pour la Trico ; et de 35 %, pour le Favus.

Cette différence tient, comme nous l'avons dit plus haut, au genre de clientèle qui fréquente la consultation, et qui se recrute en grande partie dans les environs d'Alger ou les villes éloignées

du département ; on reçoit à l'hôpital un plus grand nombre de cas de favus à larges placards croûteux. Ces malades, quand ils ne se font pas soigner contribuent à répandre l'affection dans la population d'Alger.

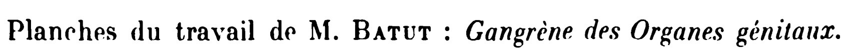
Nous avons rangé dans le tricophyton 2 cas de kérion pyogène de Celse dont le champignon est parasite du cheval et 6 cas de Gruby, deux de ces derniers se confondant avec ceux relevés dans les écoles.

La proportion d'Arabes et d'Israélites observée à la consultation ne peut être comparée avec la liste des écoles, les indigènes des 2 races, une fois expulsés sont en général heureux de ne plus aller en classe et ne viennent que très rarement se faire soigner. Il n'en est pas de même des Français et des naturalisés, plus portés sur les soins de propreté, plus soucieux de leur santé et de leur instruction ; aussi leur nombre à la consultation est-il assez grand.

Dans les deux statistiques, la proportion des garçons est de beaucoup supérieure à celle des filles. Celles-ci sont beaucoup moins touchées, ainsi que l'admet Sabouraud, parce que leurs cheveux longs protègent l'implantation dans le cuir chevelu. Quand elles sont teigneuses, la plaque originelle est toujours située, soit sur une raie, soit en bordure du cuir chevelu. D'où cette conclusion paradoxale que les cheveux courts et les soins de propreté du cuir chevelu prédisposent à la contagion.

Toutes les recherches micrographiques relatives à la teigne ont été faites à notre laboratoire des consultations cutanées, aussi bien pour les enfants des écoles que pour les malades de l'hôpital ; nous ne reviendrons pas sur les remarques cliniques et mycologiques qui ont été présentées plus haut au sujet des cas de teignes scolaires, elles s'appliquent dans leur entier aux malades observés aussi à l'hôpital.

Traitement. — Les indigènes israélites et musulmans emploient depuis longtemps le traitement par la calotte : la calotte des israélites est formée d'un mélange de résine, poix, cire jaune et huile, qu'on fait chauffer légèrement et qu'on applique sur la région à dépiler, pour l'arracher quelques jours plus tard. Les Arabes ont un produit dont notre interne M. Gallais donne la composition dans sa thèse :


Planches du travail de M. Batut : *Gangrène des Organes génitaux.*





Cire jaune..................	10 grammes.
Colophane..................	100 grammes.
Sel de cuisine...............	2 grammes.
Jus de citron...............	20 à 30 gouttes.

Nous avons vu procéder à l'épilation, au moyen du doigt, trempé dans le mélange légèrement chauffé,appliqué ensuite sur la plaque malade, on arrache ainsi des touffes de cheveux.

Les indigènes emploient aussi le savon noir, le goudron et surtout le pétrole pour soigner leur teigne.

A la consultation nous avons appliqué le procédé de l'épilation à la pince, et au collodion ; nous avons aussi fait procéder à la chute des cheveux par la radiothérapie chez une dizaine d'enfants, au laboratoire de l'hôpital sous la direction du Dr Murat.

Nous avons vu par ces différents procédés une soixantaine de guérisons contrôlées.C'est peu,dira-t-on,mais il faut considérer que beaucoup de parents, effrayés par la durée du traitement et par la douleur qu'il provoque,cessent de venir faire soigner leurs enfants. Ils négligent aussi de les épiler chez eux et quand ils les ramènent plusieurs mois ou quelques années après, le mal s'est étendu et la contagion s'est répandue sur les autres enfants de la famille ou de la maison.

Prophylaxie. — Actuellement, le seul moyen employé pour combattre la teigne des écoles est l'expulsion ; autrefois, les cas graves étaient hospitalisés, mais outre que le traitement de ces malades revenait cher à la commune, le nombre des lits (28) n'était pas suffisant pour la quantité de teigneux. Depuis 1904 la création de la consultation cutanée a permis de donner des soins efficaces à beaucoup de ces malades expulsés des écoles. Le service des isolés,qui a été attribué à l'un de nous, en même temps que la Consultation,permet d'hospitaliser les malades graves ou ceux dont les familles n'habitent pas Alger. Mais l'expulsion seule, même avec les soins de l'hôpital ne peut suffire pour éteindre le mal. Il y a des mesures à prendre immédiates et radicales.

Les élèves que l'Etat oblige à s'instruire ont droit certainement aussi à la santé;quand une épidémie de variole ou de diphtérie éclate dans une école on ne se contente pas de fermer l'école, on procède à des vaccinations, des immunisations préventi-

ves, des désinfections, etc. La teigne ne présente pas le danger mortel des maladies infectieuses citées plus haut, mais elle n'en est pas moins grave par ses conséquences sociales. La perte de un ou deux ans de scolarité, les habitudes vicieuses que contractent les enfants chassés de l'école et livrés à eux-mêmes dans la rue, — les parents occupés à leur travail ne pouvant les surveiller, — ne doivent-elles pas préoccuper les municipalités ? Le temps perdu par le père ou la mère du teigneux, qui manque l'atelier pour accompagner son enfant à la consultation, entraîne aussi un déficit dans le budget des familles.

On comprend donc que la ville d'Alger à qui à plusieurs reprises nous avons signalé le dangerse soit inquiétée des moyens à employer pour le conjurer.

Nous les avons indiqués, mais comme toujours on s'est trouvé arrêté par la question financière. Il y a lieu cependant de prendre une décision complète et ferme, de ne pas se contenter de demi-mesures sous peine d'avoir des dépenses plus importantes à faire plus tard.

Sur notre indication, la municipalité s'est mise d'accord avec l'administration de l'hôpital pour que les enfants teigneux de ses écoles soient traités aux consultations de l'hôpital ; actuellement, l'épilation se fait encore à la pince et au collodion, mais dans quelques mois M. le D[r] Brault pourra faire fonctionner à la Clinique Dermatologique, son installation radiothérapique, et notre service organisé dans un autre local sera aussi muni d'appareils à Rayons X.

La radiothérapie du tricophyton pourra amener plus rapidement et à moins de frais la guérison et par suite la diminution des cas de cette teigne.

Le service des isolés devra continuer d'exister pour recevoir les enfants étrangers à la commune, ceux des orphelinats ou dont les parents trop indigents ne peuvent s'occuper ; l'épilation à la pince ou par les autres procédés d'arrachage sera maintenu pour le favus que ne guérissent pas les Rayons X.

Mais cela n'empêchera pas les enfants expulsés des écoles de rester pendant des mois et des années sans l'instruction à laquelle ils ont droit de par la loi. La Municipalié leur doit donc d'avoir une ou deux écoles spéciales où tous les teigneux seraient admis.

Nous avons montré qu'il y a 560 cas actuellement connus de

teigne dans la population infantile d'Alger et les écoles de l'ancienne ville, il y a largement de quoi remplir 2 écoles.

Un certain nombre d'enfants seraient amenés à la consultation de l'hôpital pour y être épilés soit par les rayons X, soit par les procédés anciens, et un infirmier attaché à ces écoles serait chargé de donner les soins journaliers (lavages du cuir chevelu, badigeonnages iodés, onctions soufrées, etc.), qui complètent le traitement d'épilation et empêchent le mal de se répandre. Ces soins consécutifs ne sont en effet persque jamais donnés par les familles qui n'ont pas le temps de le faire ou n'en comprennent pas la nécessité.

Il y aurait lieu enfin de procéder à l'inspection des écoles de Mustapha dans les mêmes conditions que pour celles d'Alger, et d'étendre cette surveillance aux nombreuses écoles libres, congréganistes ou laïques, qui reçoivent sans hésiter les enfants que nous avons expulsés de nos écoles.

Conclusions.

I. — De la statistique établie par chacun de nous parmi les élèves des écoles de l'ancienne ville d'Alger d'une part et d'autre part parmi les malades qui fréquentent le service des consultations cutanées, il résulte qu'il y a actuellement 560 cas de teignes contrôlés au microscope dans les écoles de l'ancien Alger et la population infantile d'Alger et Mustapha.

II. — Si une visite méthodique suivie d'un examen microscopique était faite parmi les élèves de Mustapha on y constaterait aisément un nombre au moins égal de cas. Il est même plus que probable que ce nombre serait plus élevé étant donné que de très rares expulsions sont pratiquées et que les malades actuels doivent répandre largement leur affection.

On peut donc évaluer sans exagération à 1.500 au minimum le nombre des cas de teigne dans la population infantile d'Alger.

III. — Ce chiffre s'accroît constamment par la diffusion de la maladie soit à l'école, quand la surveillance n'est pas rigoureuse, soit dans les familles quand l'expulsion n'est pas suivie d'un traitement ; il s'accroît encore par l'apport des germes de l'extérieur, notamment avec les boursiers indigènes de l'Etat qu'on est obligé de conserver et qui ne sont pas soignés.

IV. — Les formes les plus fréquemment observées, contrairement à ce qui est constaté dans les autres parties de la colonie, sont le tricophyton 65 % des cas, puis le favus 35 %. La tondante de Gruby est très rare ; sur 637 teigneux nous ne l'avons relevée que 6 fois. Les tricophyties comprennent :

a) Environ 60 % de tricophyton endothrix à grosses spores sphériques et à mycelium fragile ;

b) 30 % de Trico. endothrix à spores cylindriques, à mycelium résistant ;

c) 10 % de trico ectothrix à mycelium fragile, et divers.

d) Le kérion pyogène n'est pas fréquent.

V. — Les Israélites et les Arabes forment les 2/3 des cas, les races latines (français, espagnols et italiens) le dernier tiers. De tous les traitements l'épilation seule amène une guérison radicale; la méthode radiothérapique est la plus rapide et la moins coûteuse, c'est celle que nous nous proposons d'utiliser sous peu en ce qui concerne le tricophyton.

VI. — Les mesures prises actuellement par l'autorité ne visent qu'à éloigner des écoles les malades teigneux ; elles ne contribuent qu'à répandre le mal dans la partie de la population infantile qui est encore trop jeune pour aller en classe et prive de l'instruction un nombre considérable d'élèves.

VII. — La méthode adoptée récemment et qui consiste à faire traiter à la consultation de l'hôpital ces enfants malades par l'épilation ou par la radiothérapie est insuffisante, beaucoup de parents ne pouvant abandonner leurs occupations pour accompagner chaque jour leurs enfants ou pour leur donner les soins consécutifs.

VIII. — Ce qu'il conviendrait de faire, c'est de rendre le *traitement de la teigne obligatoire et gratuit.*

a) En créant une organisation de l'inspection médicale des écoles de Mustapha, et aussi des écoles libres par un personnel spécialement préparé aux examens dermatologiques et microscopiques, afin de dépister au plus tôt tous les cas contagieux.

b) En décidant qu'une ou plutôt deux écoles seraient spécialement réservées aux teigneux. Dans ces écoles l'instruction continuerait à être donnée, en même temps que des soins prophylactiques seraient assurés. On éviterait ainsi la contagion dans les

classes et dans les familles. Les élèves de ces écoles seraient traités par groupes à la consultation de l'hôpital. Au bout d'un certain nombre d'années, la maladie s'étant éteinte ou ne se rencontrant que rarement, ces écoles pourraient être rendues à leur destination première.

SUR UNE CONCEPTION GÉNÉRALE DES DERMATOSES LES IDÉES DE L. BROCQ

Par M. le Dr CH. AUDRY,
Professeur à l'Université de Toulouse

Le livre considérable que L. Brocq a publié récemment présente un intérêt particulier en ce que sa construction générale et sa systématisation reposent sur les idées fondamentales que l'auteur a exposées à différentes reprises et depuis plusieurs années. Ces idées sont donc familières à tous les dermatologistes « au courant ». Elles ont été discutées par Blaschko, dans un article dont Brocq a dû critiquer l'information un peu incomplète et la compréhension sensiblement inexacte. Mais il est très intéressant de les voir maintenant à l'épreuve des faits. Le seul moyen d'en mesurer la solidité et l'utilité était bien d'asseoir sur la base qu'elles prétendaient fournir tout l'édifice de la pathologie cutanée, de la dermato-pathologie (1). Nous sommes à même d'apprécier le résultat, et nous allons rapidement examiner la méthode et les idées directrices.

Si l'on voulait reprendre la question *ab ovo*, il faudrait refaire ici toute l'histoire des tendances qui ont, successivement ou simultanément, régné sur l'esprit des dermatologistes depuis l'apparition du *Tractatus de morbis cutaneis* du grand ancêtre A. C. Lorry (2). On devrait montrer comment l'Angleterre, la France, l'Allemagne, ont influencé l'opinion dermatologique.

On arriverait aisément à reconnaître ou à attribuer à R Willan, à Bazin, à Hébra l'ancien, des états d'esprit qu'on pourrait, à tort ou à raison, considérer comme plus ou moins représentatifs. En

(1) Je dis *dermato-pathologie* et non *dermatologie*. Ce dernier mot ne devrait figurer que sur un programme d'enseignement.

(2) Parisiis. Apud P. Guillelmum Cavelier, via San-Jacobœa, sub signo Lilii aurei, 1777.

abusant un peu des schématisations, on met ainsi en saillie le sens pratique dominant dans R. Willan, la tendance à généraliser des auteurs français, l'esprit localisateur de Hébra. Mais, présentement, exactes ou non, ces notions n'ont plus qu'une valeur purement rétrospective : la dermato-pathologie universelle a été pénétrée, labourée par tous ces courants, et les représentants des anciennes orthodoxies deviennent de plus en plus rares. L. Brocq ne fait pas exception à cette règle : il est éclectique au premier chef ; c'est avec une complète incompréhension qu'on a cru pouvoir dénoncer chez lui un retour offensif des idées anciennes concernant les diathèses, les états constitutionnels envisagés à la manière de Bazin.

Pour le bien montrer, je vais essayer d'exposer aussi succinctement que possible sa conception générale des dermatoses, et quelques points de sa méthode de classification et d'exposition.

Si l'on ne consent pas à se contenter de l'ordre alphabétique pour sérier et distribuer les différentes variétés de dermatoses, on s'aperçoit aussitôt que les classifications fondées sur l'anatomie sont et restent caduques parce que la *lésion*, fût-elle examinée et décrite avec l'aide du microscope, ne possède, ni une autre valeur, ni une autre spécification que *l'accident éruptif*. Nous savons que ce dernier n'est pas tout, et qu'on doit, toujours et partout, se garder de confier une autorité définitive à des phénomènes de morphologie momentanée. C'est seulement d'après la connaissance de *la nature* des maladies que nous pourrons construire une classification méritant d'être considérée comme *naturelle*. Les données étiologiques sont donc les seules définitives, pour autant qu'elles soient parfaitement éclaircies. Or, parmi les dermatoses, L. Brocq commence par distinguer deux grands ordres de fait : les uns constituent les *entités morbides* ; les autres, il les appelle *réactions cutanées*.

Entendons le terme : *entité morbide*, dans un sens purement étiologique, spécifique, si l'on peut ainsi parler, et sans aucune intervention des renseignements sur la structure des lésions.

Si l'on se laisse égarer par les mots, on arrive aisément à soutenir que seules quelques épithélites externes ont droit à la qualification d'entités morbides cutanées. Mais en bonne méthode, celle qui, fidèle au vieil esprit cartésien, relève de l'observation, du sens commun, et de l'évidence, il apparaît que l'esprit est pleinement

satisfait quand il a pu définir une dermatose par sa nature : syphilis, tuberculose, trichophytie, etc., abstraction faite, bien entendu, des desiderata dont souffrent un grand nombre de nos connaissances. Ainsi se justifie la première grande catégorie de Brocq : *Entités morbides*.

Il va sans dire que le nombre de ces entités augmentera ou diminuera selon le progrès ; mais le cadre même s'impose, et chacun peut l'étendre ou le rétrécir en suivant ses « impressions ».

Il n'est pas difficile de voir et de savoir qu'à côté des maladies bien définies, il existe un nombre immense de cas où nous ne reconnaissons que des ensembles symptomatiques, conçus et décrits à la manière willanique, c'est-à-dire de simples syndromes. Parmi ces derniers, quelques-uns se meuvent dans des limites si étroites et restent si constamment fidèles à des habitudes rigides qu'ils ont donné et donnent encore à beaucoup d'observateurs l'impression d'une *maladie*, d'une entité, mais d'une entité douteuse, contestable. Ces cas-là, chacun peut les classer à sa façon, suivant son goût, exemple : le lichen plan. Mais si l'on procède logiquement, on doit rester dans le doute à leur égard.

Manifestement, on ne peut pas les placer sur la même ligne qu-l'actinomycose ou le favus ; il est beaucoup plus légitime de les laisser à côté de s autres altérations cutanées que leur polymorphie, leur instabilité, leurs variations étiologiques, ne nous permettent en aucune manière d'envisager commme des entités morbides.

Nous sommes ainsi conduits à reconnaître, à côté de ces dernières, l'existence de manifestations morbides du tugément d'une signification totalement différente. J'ai déjà rappelé qu'il était impossible de catégoriser les dermatoses d'après leurs lésions.

L'étude de quelques éruptions médicamenteuses, celle des accidents urticariens, par exemple, ne laisse point de doutes sur ces points : qu'une même lésion peut être engendrée par des substances différentes, que la même substance peut déterminer chez plusieurs sujets des accidents entièrement dissemblables ; que, chez un même sujet, pris à des époques plus ou moins éloignées, une même substance agit d'une manière imprévue. En fait, il y a chaque jour, en dermato-pathologie des *cas nouveaux*, des cas qui ont pu ne jamais avoir été observés, et qui ne se reproduirons peut-être jamais.

Tous les faits de cet ordre, Brocq les range dans la classe des *réactions cutanées*[1]. Mais voyons d'abord ce qu'il entend par ce terme. En effet, si l'on ne part pas de la définition qu'il en donne, si on lui donne une interprétation verbale et subjective, on a beaucoup de chances de ne pas le bien comprendre ; et c'est précisément pour avoir discuté «à côté » qu'on l'a interpérté inexactement et combattu injustement. Considérons, en effet, que parmi les entités morbides, Brocq a, sans hésiter, rangé les dermatoses artificielles, traumatiques, etc. ; on peut y voir une sorte de réaction du tégument vis-à-vis d'excitations ; mais les excitants sont définis, connus,l'étiologie est limpide, et l'excitant est étranger au sujet. Ce sont peut-être des localisations cutanées, ce ne sont point les *réactions*.

« Un groupe considérable de dermatoses qui nous semblent correspondre à des états morbides provenant du malade lui-même, ou qui peuvent, tout au moins, être considérées ainsi, provisoirement, dans l'état actuel de la science, en attendant les découvertes ultérieures.

Voilà ce que Brocq appelle *réactions cutanées*, cela, et rien autre. Ce sont des accidents, peut-être des maladies, faites par le malade lui-même et sans l'action d'éléments immigrés, de quelque nature qu'ils soient. Parmi ces *réactions cutanées*, combien seront un jour effacées pour être érigées en entités morbides, c'est ce que nos successeurs pourront peut-être dire après un nombre de siècles illimités. Exemple : si la nature parasitaire des épithéliomas vient à être démontrée, ces tumeurs passeront aussitôt dans l'autre classe. Mais nous pouvons affirmer qu'il se produira des réactions cutanées aussi longtemps qu'il y aura des hommes et dont la peau sera malade, parce qu'il subsistera toujours des dermatoses autogènes.

Envisagée de la sorte, c'est-à-dire comme on le doit, la conception fondamentale de Brocq paraît inattaquable, chacun étant libre de la modifier dans le détail de se s applications.

On voit quelle erreur on commettait en évoquant les anciennes diathèses à propos des réactions cutanées. Qu'il existe des diathèses, Brocq l'admet sans doute ; mais elles ne sont pour lui qu'un des modes de production des réactions cutanées, et il y en a mille autres.

Il faut maintenant établir une systématisation parmi les diver-

ses manifestations morbides définies : réactions cutanées. Aucun autre procédé n'est à notre disposition que d'utiliser la méthode de R. Willan, accommodée aux exigences du présent, et améliorée par nos acquisitions continuelles. On s'appuiera donc exclusivement sur des données cliniques et anatomo-cliniques. Or, l'expérience et l'instinct nous portent à rapprocher, voire à réunir des séries de syndromes, distincts entre eux sans doute, mais voisins, non seulement voisins, parents : à considérer simultanément un strophulus infantile léger et un prurigo de Hebra grave, on les distingue sans peine ; mais si nous prenons un strophulus irrité, et un prurigo de Hebra indulgent, il devient bien plu s facile de les rapprocher que de les séparer. Enfin, il existe entre des syndromes relativement éloignés ce que Brocq appelle des « cas de passage. » Rien ne les met mieux en évidence que sa méthode graphique ; remarquons expressément que ces cartes de géographie dermatologique sont fort différentes, de toutes manières, du vieil arbre d'Alibert. Elles constituent principalement un procédé d'exposition synthétique, or, les résultats obtenus par cette méthode ou ce procédé se juxtaposent presque toujours de la manière la plus heureuse aux types établis par l'expérience clinique.

Brocq établit parmi les réactions cutanées 4 classes :

1° Réactions cutanées pures ;

2° Réactions cutanées dans lesquelles les troubles du système nerveux semblent jouer un rôle majeur (trophonévroses) ;

3° Réactions cutanées caractérisées par des troubles dans la nutrition normale des tissus (dystrophies) ;

4° Néoplasies cutanées dont la nature parasitaire n'est pas démontrée.

Si cela était encore nécessaire, un coup d'œil jeté sur cette énumération suffirait à remettre en évidence le sens véritable du terme : réactions cutanées.

Les *réactions cutanées pures* sont ou peuvent être l'expression d'auto-intoxications ; les *néoplasies non parasitaires* ont une origine totalement différente ; mais elles proviennent du malade même ; mais, dans ces derniers faits, l'anomalie a un point de départ embryologique ou histologique : dans les 2 cas, la maladie est le fait du malade.

Nous pouvons aller un peu plus loin et voir si la même méthode suivie dans le détail peut heureusement conduire à des groupe-

ments plus restreints, et plus étroitement définis. Le fil qui doit réunir des syndromes voisins définis et isolés les uns des autres par les caractères anatomo-cliniques, rattache-t-il ensemble des dermatoses dont la parenté est évidente ou très probable ? Pour nous en rendre compte, considérons d'un peu plus près la constitution des *réactions cutanées pures*. Parmi elles, Brocq crée une première section de dermatoses essentiellement prurigineuses, et il y établit la série suivante :

Dermatoses prurigineuses pures (prurit , etc.).
— urticariennes (urticaire).
— lichénifiées (prurits circonscrits ou diffus avec lichénification).
— vésiculeuses (eczéma).
— vésiculeuses et lichénifiées (prurigos, diabétides).
— (papulo-vésiculeuses, prurigo simplex, Hebra, etc.).
— polymorphes vésiculo-bulleuses (dermatite, polymorphes douloureuses).
— papuleuse (lichen plan).

On est autorisé à juger que, dans l'instant présent, ce groupement est le plus satisfaisant que l'on puisse créer. Sans abuser des « faits de passage », le dermatologiste le plus novice établit sans peine la filiation qui va du prurit sénile à la dermatite polymorphe douloureuse. La présence du lichen plan peut ne pas satisfaire complètement. Cela résulte de la constance relative du type anatomo-clinique dans ce syndrome : or, il faut précisément remarquer qu'il s'agit là d'un complexus symptomatique dont la nature n'est pas encore fixée, mais dont l'érection en entité morbide peut-être infectieuse, ne surprendrait que peu de personnes.

La méthode est donc bonne puisqu'elle est approuvée par l'observation des faits.

Il reste à se demander si l'examen de chacun des autres groupes formés dans les autres divisions paraît fournir des résultats aussi favorables. A cela, on peut répondre affirmativement pour la majeure partie.

Si d'aucuns jugent qu'il n'en est pas tout à fait ainsi pour l'universalité, nul ne s'en étonnera probablement moins que Brocq lui-même.

Il connaît la variabilité et la subjectivité des conceptions pathogèniques de détail. En attendant, il doit lui suffire, et il nous suffit qu'il ait tracé un cadre élégant, souple et solide où pourront évoluer à l'aise les faits fournis par l'observation. Et si quelque représentant attardé de la tradition de Hebra juge sans faveur les idées de Brocq, celui-ci pourra lui rappeler la belle image d'Auspitz.

« C'est ainsi que les maladies de la peau jouent, à un degré plus élevé que les affections des organes soi-disant nobles, le rôle de Janus, dont une des faces est tournée vers le monde extérieur et ses influences irritantes, et l'autre vers le laboratoire interne de l'organisme » (1).

DE LA GANGRÈNE DES ORGANES GÉNITAUX CHEZ L'HOMME.

Par le Dr Batut
Médecin-major.

Cette gangrène est septique ou aseptique, primitive ou secondaire, superficielle ou profonde, atteint simplement les téguments (pénis, scrotum) ou intéresse le gland, l'urèthre, les corps caverneux, les testicules ; enfin elle est bénigne ou maligne, se termine par la guérison dans le premier cas, souvent par la mort dans le second.

Dans les *gangrènes aseptiques* se rangent celles que l'on peut rattacher à un état diathésique mauvais (diabète, syphilis, paladisme, artério-sclérose, affection cardiaque ou rénale) ; dans les *gangrènes septiques*,on classera :*a*) les gangrènes secondaires consécutives à des traumatismes (contusions, écrasements, grattages, coït répété), à des inflammations des organes urinaires (cystite uréthrite blennorrhagique ; rétrécissements et abcès urineux) à des infections du prépuce (balano-posthites diverses), à des chancrelles phagédéniques (cas de Mathieu, 1882), à des brûlures (Taurin 1889) ; *b*) les gangrènes primitives sans cause étiologique nette, et

(1) H. Auspitz. — Pathologie et thérapeutique générale des maladies de la peau ; trad. Doyen, p. 171.

Nota. — Le présent article a été rédigé, il y a deux ans environ, très peu de temps après l'apparition du *Traité élémentaire de dermatologie pratique* de Louis Brocq.

dénommées gangrènes foudroyantes par le professeur Fournier en 1883.

L'étiologie de cette dernière classe de gangrènes est encore à déterminer, malgré les études cliniques, de Fournier, de Verneuil, les recherches bactériologiques de Balzer et Duclos 1885, d'Emery 1896 ; c'est dans cette catégorie que nous rangerions certains phagédénismes exotiques graves et mal connus dont nous rapportons ici des exemples :

Gosselin avait invoqué comme processus de ces gangrènes l'érysipèle gangréneux foudroyant (*Dict. de Jaccoud*), cité un fait personnel de gangrène du scrotum avec mise à nu des testicules (*Gaz. des hôp.*, 1879) ; Wallen avait accepté ces vues et Crossard (*Soc. de Med. de Nancy*, 1891) l'avait appuyé de trois cas personnels. Un peu avant, Jalaguier (1881). observant dans un milieu d'enfants, rapporte plusieurs observations nouvelles de gangrène blanche et explique celle-ci par la *lymphangite gangreneuse*, dont la phase lymphangitique peut être si rapide d'évolution qu'elle passe inaperçue pour ne laisser constater que la formation des phlyctènes et la gangrène cutanée. La thèse de Jalaguier est adoptée par Lallemant (*Th. Paris* 1884) et par Taurin (*Th. Paris*, 1889), qui ne s'attachent,à vrai dire, qu'à des formes superficielles où les lymphatiques superficiels paraissent seuls atteints, mais qui ne peuvent viser les cas plus sérieux où les corps caverneux sont intéressés ; Lallemant avait observé la présence de diplocoques indéterminés.Bonnière de la Luzellerie (*Th. de Lille*,1887) fait les mêmes constatations, avec la même imprécision,dans un fait observé par lui et dans lequel une gangrène foudroyante,provoquée par des excès de coït chez un vieux blennorrhagique, entraîna en 24 heures, la gangrène de toute la verge du scrotum et la mort..

Cette indécision dans les causes étiologiques n'est pas levée par les recherches d'Emery (*Arch. Gén. de Méd.*, 1896) contemporaines des travaux de Rona (*Arch. de Derm. et de Syph.* Leipzig 1896), des études bactériologiques de Pellezini et Volterra (1896), qui incriminent le streptocoque et la streptococcie, d'après les idées émises un peu plus tard par Duret (*Leçon clinique*, 1900).Sorgo,de Vienne. (*Wien. Klin. Woch.*, 1898, t. XI, p. 1117-1120), appuie ces prévisions d'une observation de gangrène spontanée de la peau du pénis et du scrotum étudiée au laboratoire avec cultures à l'appui, présentant du streptocoque pur.

De ces diverses recherches il semble résulter que la gangrène foudroyante est le plus souvent fonction de streptococcie ;mais à celle-ci il faut toujours une porte d'entrée parfois insignifiante, une éraillure de l'épiderme par suite d'excoriation, de grattages, un petit bouton d'acné, une squame d'eczéma, et l'on voit alors se produire des nécroses foudroyantes,chez des sujets souvent surmenés et dans des organismes surpris, hors d'état d'organiser la défense, la leucocytose libératrice.

Ce sont là les dernières conclusions de la thèse de Briquet (*Th. Paris*,1904), la dernière en date sur ce sujet, et à qui nous reprocherons d'ignorer complètement le travail inaugural de Garnier (*Th. Lyon* 1901 : Gangrène des organes génitaux externes) où la plupart des travaux précédents sont indiqués et résumés.

Briquet reconnaît que les gangrènes foudroyantes peuvent revêtir la forme bénigne, c'est-à-dire guérir assez vite,ou la forme maligne avec état général rapidement grave et parfois décès consécutif ; on relève en effet parmi les 7 observations diverses qu'il reproduit (dont deux personnelles) deux guérisons (cas de Raymond 1876 et Oltramare 1888) et cinq décès (Lecène 1903, Crussard, 1892, Briquet 1900 et 1904, Field 1872).

Nous pourrions citer en outre, comme exemples de formes bénignes deux cas de Crussard peu détaillés,mais dont l'un est intéressant parce que la gangrène bénigne d'un de ses malades se communique au père qui le soigne, contracte un érysipèle de la jambe et en meurt, et aussi une observation relevée par Laurens (*Echo Méd. de Toulouse*,1902), dans lequel l'évolution d'une gangrène spontanée de la verge prend une forme bénigne. Nous devons ici signaler le travail inaugural de Davès, inspiré par Ch. Audry (*Th. Toulouse*,1896) qui, donnant de nombreuses observations recueillies à la Clinique de la Faculté, conclut par l'hypothèse probable d'un élément spécifique encore indéterminé.

Il n'y a pas lieu de s'appesantir sur le travail de Thézy, de Bruxelles, déjà ancien (*Presse Méd. Belge*, 1875, t. 28, p. 233), dans lequel cet auteur, rappelant un fait de phlegmon gangréneux du prépuce, de la verge et du scrotum durant l'évolution d'une pneumonie, constate l'absence de toute cause locale et pense qu'il s'est agi de troubles trophiques dus à une altération des ganglions du grand sympathique.

Ces diverses causes étiologiques sont très clairement exposées

dans l'excellent article de Legueu (Traité de Le Dentu et Delbet, t. VIII, 1901).

Mais les faits que nous avons eu l'occasion d'observer sont tout différents.

Dans les formes bénignes, la gangrène reste cutanée, ne dépasse pas le derme, n'atteint pas l'hypoderme,respecte les organes sous-jacents, n'entraîne pas de sphacèle du tissu cellulaire, éliminé en lambeaux déchiquetés, en débris, d'aspect de filasse grisâtre avec accompagnement d'adénites régionales et de symptômes d'infection générale. Cette gangrène peut se limiter au prépuce (et le cas est fréquent dans certains phimosis ou paraphimosis), elle peut déterminer une circoncision spontanée dans certains cas de chancrelle phagédénique, elle s'étend aux téguments et même plus profondément dans certains ulcères phagédéniques syphilitiques et même dans certains processus gommeux du pénis ; on peut quelquefois voir le sphacèle étendu en surface mais non en profondeur, dans certaines pénitis, dans certains abcès du pénis comme nous en avons incisés 4 ou 5 et qu'à étudiés Morère dans sa thèse. (Paris 1904, des abcès du pénis) ; elle peut aussi s'attaquer d'emblée au scrotum qu'elle menace dans sa vitalité très rapidement et où on la voit mettre parfois à nu les testicules (cas de Gosselin), tableau *a priori* plus impressionnant que redoutable, vu la facilité de reconstituer un nouveau scrotum avec les tissus du voisinage souples et si dociles dans les autoplasties.

Nos faits personnels s'éloignent sensiblement de cette évolution et si certains d'entre eux constituent soit de simples phagédénismes spécifiques étendus du gland, résistant au traitement et d'origine syphilitique récente, s'ils s'étalent plus loin sur le pénis, et n'atteignent pas ou à peine, le scrotum, du moins ils intéressent les corps caverneux assez profondément pour faire redouter ou même constater la chute complète du gland (obs. 1 et 3) et par deux fois, s'imposent à notre attention par la gangrène totale ou étendue de l'urèthre pénien (obs. 2, 3, 4).

Cette gangrène de l'urèthre est fort rare dans les observations publiées ; nous la trouvons intéressant seulement le segment inférieur du corps spongieux dans les cinq premiers centimètres avoisinant le méat dans l'observation de Raymond (obs. 1 de Briquet) où des dessins explicatifs nous représentent l'état des téguments péniens avant l'intervention du professeur Terrier et le procédé

opératoire heureusement combiné qui a permis de restaurer la perte de substance. Nous la retrouvons chez quatre de nos malades et il semble que cette localisation, on dirait presque initiale du canal de l'urèthre, indique une infection particulière de celui-ci ; or, nous retiendrons que deux d'entre eux n'avaient aucune lésion uréthrale ou vésicale antérieure et cependant le processus gangréneux paraît s'être cantonné spécialement dans les diverses tuniques de l'urèthre, l'avoir détruit progressivement, systématiquement d'avant en arrière, pour s'arrêter finalement soit à moitié chemin (obs. 3), soit limiter ses dégâts à la traversée pénienne, reculant devant la traversée périnéale, comme si l'air était nécessaire à son extension.

Ajoutons, du reste, que la gravité de l'affection n'est pas toujours en rapport, en apparence, avec la profondeur des lésions ; il semble que l'infection générale prime vite les lésions locales ; c'est ainsi que parmi les cas mortels nous relevons une gangrène cutanée du scrotum et de l'hypogastre (Lecène) respectant l'urèthre, un sphacèle plus étendu encore, allant du filet à l'ombilic (cas de Briquet) mais tout aussi superficiel, des lésions analogues avec état typhoïde et coma (cas de Field) ; un seul fait se rapporte à des lésions nécrotiques intéressant non seulement le scrotum, mais les testicules, les cordons et le tissu cellulaire (cas de Crussard) ; dans ce cas, du reste, l'urèthre est absolument respecté comme dans les trois autres et tous rentrent dans la catégorie à laquelle se borne l'étude de Briquet, celle des gangrènes indépendantes de toute infection urinaire.

Du reste, dans les faits anciens relevés par Garnier (1901), les causes d'infection générale apparaissent nettement et expliquent en partie la gravité des destructions ; les trois cas de Boyer sont des observations de malades atteints *de fièvre typhoïde*, sans orchite secondaire, et représentent, le premier un sphacèle de l'urèthre du gland et des corps caverneux (comme dans notre obs. 3), le second une sorte de pénitis totale qui aboutit à la nécrose complète du gland, des corps caverneux et de la verge tout entière, le troisième, moins atteint, perd complètement le prépuce.

La *blennorrhagie* doit être mise en cause dans le premier cas de Boyer, comme dans celui d'Emery (1896, obs. 4) où la destruction étendue des bourses, mettant à nu les testicules restés intacts, peut aussi bien être attribuée à une gonococcose latente, silencieuse

depuis près d'un an qu'aux streptocoques que révèle l'examen bactériologique. Elle est aussi la seule explication plausible du fait de Bonnière de la Luzellerie (obs. 5) dans lequel on signale l'alcoolisme, des coïts répétés, une gangrène rapidement mortelle du scrotum et des téguments de la verge, chez un homme atteint de blennorrhée chronique. C'est encore le gonocoque que l'on doit incriminer dans le fait de Carle (obs. 8) où le sphacèle du prépuce accompagné de sphacèle superficiel du gland chez un blennorrhagien, est arrêté par des cautérisations profondes.

A cette même cause nous attribuerons les obs. 6 et 7 tirées de Julien dont l'une (obs. 6) recueillie chez Richet est un exemple de phlébite des corps caverneux suivie d'infection purulente, et la seconde (obs. 7) une gangrène du corps caverneux et spongieux avec phlébite des veines caverneuses et de la dorsale de la verge ; dans ce dernier cas, l'urèthre a été intéressé.

Nous pourrons à cette énumération des faits colligés ajouter une observation personnelle de phlébite des corps caverneux avec destruction de trois centimètres de l'urèthre antérieur chez un malade (obs. IV) ayant présenté une phlébite bénigne gonococcique méconnue du mollet et brusquement, 5 jours après, une gangrènee foudroyante de la verge intéressant l'urèthre à partir du méat, le gland, la peau avoisinante sur trois centimètres et le tiers postérieur des corps caverneux (*Lyon Médical* 1901, et *Soc. Nat. de Méd. de Lyon*).

Ici, nous sortons du cadre des gangrènes aseptiques, des gangrènes de Briquet indépendantes des infections urinaires, puisque notre malade, comme les précédents, était atteint de gonocoxémie, et que nous avons pu constater la présence dans les sécrétions uréthrales de gonocoques nombreux intra et extra cellulaires, trois mois après le début des accidents.

Dans un autre ordre de faits, nous relevons chez un de nos malades actuels (obs. III) une origine génitale, une inoculation génésique de principes indéterminés, de diplocoques à virulence exaltée, agissant sur un terrain prédisposé, peu résistant, chez un névropathe anémié par le climat du Tonkin, sans lésions actuelles syphilitiques, sans lésions chancrelleuses, en dehors de toute adénopathie généralisée indice d'infection générale, ni même d'adénopathie régionale, ce qui exclut bien l'idée de toute chancrelle initiale. C'est ce dernier fait surtout, bactériologiquement étudié par le Profes-

seur Ferré, de Bordeaux, qui nous a le plus frappé par la lenteur du processus gangréneux, sa résistance à toute thérapeutique antiseptique, spécifique, et l'étendue finale des lésions, malgré l'absence de cachexie, d'intoxication générale; et cependant, s'il s'était agi d'une infection urinaire originelle, combien semblerait facile l'explication du processus gangreneux se cantonnant en quelque sorte systématiquement durant deux longs mois au corps spongieux de l'urèthre, respectant le gland, nécrosant d'abord toute la paroi inférieure du canal rétrobalanique, puis toute la paroi supérieure jusqu'au scrotum, envahissant même celui-ci un instant, puis finalement creusant les corps caverneux durant 75 jours et nous obligeant à constater la faillite thérapeutique de l'eau oxygénée, du citron, de l'iodoforme, du vin aromatique, du thermocautère même pour aboutir à la perte finale du gland resté longtemps indemne. Le malade se condamnant systématiquement à n'uriner qu'une fois par jour, au moment du pansement quotidien, pour ne pas souiller sa plaie, l'urèthre restant absolument intolérant de toute sonde à demeure, il n'y a pas lieu de chercher un instant dans une urine, du reste absolument pure et sans filaments, une explication d'infection secondaire par un coli-bacille méconnu ou un gonocoque cantonné profondément dans les cryptes de l'urèthre postérieur.

Nous restons ici en présence d'un de ces problèmes que soulève à chaque instant la pathologie tropicale et dont nous n'avons pas encore la solution ; aérobies et anaérobies sont insuffisants en l'état actuel des lésions, à nous donner le *primum movens* et peut être quelque élément nouveau, analogue aux trypanosomiases dont l'étude est à peine esquissée, sera-t-il un jour invoqué pour donner l'explication de ces faits anormaux; le streptococcie, si virulente soit-elle, ne suffit pas dans notre cas actuel pour expliquer ces lésions systématisées, n'ayant aucunement l'allure du phlegmon septique de la pénitis, de la thrombophlébite, infectieuse ou à gonocoques.

Nous reproduisons successivement nos 4 observations, dont deux (obs. 2 et 4) se rapportent à des malades éprouvés par les climats tropicaux et infectés en des pays redoutables par la gravité de toutes les infections génitales (Soudan, Tonkin, Martinique) ; le spirochète pâle doit être mis en cause pour le premier malade, mais quant au second, il reste un de ces inconnus auxquels nous condamne encore l'insuccès de la thérapeutique courante. Les lé-

sions des corps caverneux, si graves en apparence au point de vue génésique, ont pu se concilier en fin de compte avec des cicatrisations suffisantes et des pertes de substance compatibles avec un effet utile, chez l'un d'eux,(obs. I) ; pour le second la question est encore à l'étude ; chez le troisième (obs. IV) nous avons pu refaire, après 4 ou 5 interventions, un urèthre postérieur, sinon balanique ; les procédés de Duplay, de Rochet, de Nové-Josserand permettront ultérieurement de rendre au malade de l'observation III un urêthre de longueur suffisante pour lui laisser un jet puissant et empêcher les souillures par l'urine du scrotum et du périnée lui-même (1).

Nous complèterons, en terminant, nos recherches bibliographiques par le résumé rapide des travaux les plus récents.

On connaît le travail de Duvernay (*Gaz. Hebd. de Méd. et de Chir.*, 12 oct. 1903) sur la lymphangite gangréneuse du scrotum chez les nouveau-nés, dont il donne 6 observations diverses ; il rapporte un fait personnel de lymphangite atteignant le pénis, le scrotum, l'aine et déterminant la mort au bout d'un mois ; l'auteur accuse ici la streptococcie et rapproche cette infection du type décrit par Fournier ; il recommande de relever l'état général et de faire vite des incisions larges au thermocautère.

Rousseau (*Thèse de Lyon*,1905) apporte huit faits nouveaux de même nature avec 5 décès ; il complète les thèses d'Emery 1896 et Fourné 1899. Vers la même époque,Rona (*Soc. de Méd. des hôp. de Buda-Pesth*,24 janvier 1903) fait des recherches sur l'étiologie du chancre diphtérique, gangréneux, phagédénique, il déclare, sur 38 cas divers, avoir toujours trouvé des spirilles en symbiose avec le bacille de Vincent, et observé ces mêmes éléments que l'on voit dans le noma, la stomatite mercurielle gangreneuse, la pourriture d'hôpital, certaines balano-posthites.

C'est là la suite d'une communication précédente à la même Société (29 octobre 1902), dans laquelle Rona rapporte deux cas d'ulcères gangréneux du pénis, bien différenciés du chancre mou,

(1) Ajoutons une observation nouvelle et récente : sous-officier de marine revenant de la Martinique après un séjour de deux ans, atteint de blennorrhagie, bubons inguinaux suppurés et incisés, chancrelle de la couronne du gland, syphilides légères du tronc et phagédénisme spécifique creusant le sillon balano-préputial, avec fistule de l'urèthre sur un centimètre et demi, malgré l'eau oxygénée, le thermo-cautère et le formol (janvier 1908) ; c'est encore un exemple de syphilis maligne précoce balano-uréthrale.

et dus au bacille de Matzenauer, que l'on y trouve en grande abondance, presque à l'état de culture pure.

Cette étiologie est donc un peu spéciale ; elle s'éloigne des faits cliniques habituels où, en dehors du caractère foudroyant encore, mal défini étiologiquement, on trouve par exemple des faits de gangrène gonoccocique, ou syphilitique,ou chancrelleuse ou diabétique.

Nous signalerons d'abord à l'appui le fait de Thalman (*Arch. f. Derm.*,t. 71, p. 75, 1904), dans lequel un ulcère serpigineux gonorrhéïque de la fourchette ou des grandes lèvres est pris tout d'abord pour un chancre simple et dû par deux fois à une contamination cutanée ou à une infection sanguine.

La *syphilis* a été plus naturellement mise en cause dans le fait de Gaucher et Louste (*Bull. Soc. franc., de Derm.*, avril 1905) concernant un chancre phagédénique du fourreau de la verge et du gland, accompagné de polyadénites inguinales et, six mois après, de gommes périostiques de l'orbite, du front,de la tempe droite ; la guérison fut obtenue rapidement par le traitement spécifique.

Fournier et Detot (*Ann. de Derm.* 1900,p. 1232) ont publié un cas de gomme phagédénique de la verge, deux ans après la cicatrisation d'un chancre préputial, suivi de large ulcération et de fenêtre du prépuce, ils invoquent dans ce fait l'action probable de la syphilis.

Nous en rapprocherons un fait intéressant, non plus de syphilis primitive mais de syphilis tertiaire dû à Claude et Druelle (*La Syphilis*, nov. 1905) dans lequel une gomme gangréneuse du gland avec un ramollissement central formant une poche péri-uréthrale, s'ouvre à l'extérieur par une fistule du canal vite agrandie par la gangrène qui détruit toute une moitié du gland et fait s'ouvrir directement à l'extérieur, sur toute sa longueur, l'urèthre balanique ; la syphilis était récente.

Nous n'aurons garde d'oublier le travail de Charmeil et Tacconnet (*Echo méd. du Nord*, 1904, p. 226) qui se rapporte plus spécialement à l'une de nos observations ; ce mémoire,en effet,est basé sur un cas d'ulcère annamite difficile à différencier d'une syphilis ulcéreuse ; ces auteurs déclarent, à la suite de Jeanselme du reste, que la plupart des ulcères annamites sont des faits de pourriture d'hôpital ou de syphilides méconnues ; le traitement mercuriel les guérit vite et bien. Nous avons pu nous-même faire les mêmes cons-

tatations pour le clou de Gafsa qui est, en fait, très rare, et à Gabès dans l'oasis, nous n'en avons vu en un an qu'un seul cas authentique ; toutes les ulcérations suspectes examinées par nous étaient des syphilides ulcéreuses ; il y a donc lieu à révision sur ce point.

Citons en passant l'observation de Griffon et du Castel (*Bull. Soc. de Derm.*, déc. 1905) relatif à un sphacèle de la verge consécutif à un chancre et suivi de phagédénisme de la paroi abdominale qu'arrêtent les injections de calomel ; Fournier y voit un exemple de tertiarisme précoce.

Notre bibliographie se complètera par le résumé du cas de M. Bayet (*Soc. belge de Dermat.*, juillet 1902) relatif à une observation d'usure totale de la verge par le phagédénisme tertiaire. Un homme jeune, atteint il y a deux ans de chancre du filet, accompagné d'une légère ulcération, voit apparaître au même point une ulcération tertiaire qui peu à peu ronge tous les tissus supérieurs ; des injections de calomel montrent une action d'arrêt légère, mais le processus tertiaire destructeur reprend de plus belle et en huit mois entraîne la perte totale de l'organe. Ici encore la syphilis est en jeu et semble vouloir se localiser sur le gland, près de l'urèthre comme dans le cas de Claude et Druelle.

L'urèthre est donc souvent, pour des causes inconnues, une sorte de terre d'élection du virus syphilitique soit secondaire, soit tertiaire ; il est le siège de phagédénismes difficiles à arrêter et souvent est éliminé en totalité, rarement en petits segments, réparables par des autoplasties diverses (Nové-Josserand, Rochet, Duplay). Lorsqu'on voit une sorte d'abcès uréthral torpide avec fistule secondaire s'établir, il faut songer exceptionnellement à la tuberculose uréthrale, il en était ainsi dans le cas de Cremanuscu (*Petersb. Med. de Presse* 25 mars 1903) où l'on voit des noyaux épididymaires s'accompagner d'une tuberculose de la région membraneuse et aussi dans le fait de Bruno (*in Policlino* IX, 12) ; ici une tuberculose sous-cutanée nodulaire de l'urèthre est suivie de tuberculose rénale et de mort rapide ; l'autopsie seule démontre la nature de la lésion uréthrale initiale.

Mais ces faits, où l'on voit parfois une simple fistule uréthrale accompagner un sphacèle limite des téguments, ne sont en rien comparables, sauf le pronostic, aux lésions envisagées plus haut, à la gangrène foudroyante soit du pénis, soit de l'urèthre ou du scro-

tum ou du gland, qu'il s'agisse de nouveau-nés, d'adultes ou de vieillards, de paludéens, de diabétiques ou de gens surmenés.

De nouvelles recherches bactériologiques nous paraissent encore nécessaires, vu la complexité des observations recueillies jusqu'ici et publiées de toutes parts.

Nous nous contenterons de contribuer à la richesse du fonds commun en donnant nos documents personnels.

Observations

Obs. 1. — *Ulcère phagédénique du gland, du méat, et de l'urèthre antérieur, nécrose des cornets et perforation de la cloison ; guérison lente avec perte de substance : syphilis exotique récente.*

Lag..., adjudant d'infanterie coloniale, 35 ans, entre à l'hôpital militaire de Bordeaux le 10 août 1905 venant de Dakar ; état cachectique consécutif à des accès de fièvre paludéenne, avec œdème des membres inférieurs et de plus accidents spécifiques graves se traduisant par de la bouffissure du visage, des douleurs ostéocopes sans périostite des tibias ou du frontal, diurnes et nocturnes ; foie de volume normal; rate moyenne, absence d'ascite. On note au front quelques papules rouges discrètes, à la racine du nez, sur les joues, et aussi au-dessous du sac lacrymal des deux côtés ; également quelques éléments semblables se montrent sur les paupières supérieures et sur le rebord ciliaire droit on remarque deux petites tumeurs dures, non suppurées, non ulcérées du volume de petits pois, ressemblant à des chalazions ou à des orgeolets chroniques ; les cils sont conservés ; sur le cuir chevelu, alopecie en nappe au vertex, cheveux coupés ras, pas d'alopécie en clairière sur les tempes ; les sourcils sont intacts, sur le cuir chevelu, taches noirâtres, non desquamantes, reliquat d'une éruption boutonneuse disparue depuis un mois environ. Aucune ulcération, aucune plaque aux lèvres, à la langue, au voile du palais. Voix nasonnée, respiration pénible et difficile, essoufflement, fièvre, langue sèche, soif marquée, inappétence ; adénites assez marquées aux aisselles et des deux côtés du cou, groupes ganglionnaires durs, indolores, sans tendance au ramollissement dans les deux aines.

Il y a trois mois est apparu sur le gland, à droite du méat, un petit bouton bientôt suivi d'une ulcération légère qui a les jours suivants, gagné à la fois en longueur et en profondeur, et qui présente actuellement 3 millimètres environ de creux sur 1 centimètre de large, avec sécrétion minime; il existe en outre une seconde ulcération, de la largeur d'une lentille, près du méat et une troisième plus superficielle du côté gauche du gland ; aucune lésion dans le sillon balano-préputial ; ni uréthrite, ni cystite, le pourtour du premier ulcère est légèrement induré, la tendance générale à la cicatrisation nulle, malgré 10 injections de biiodure pratiquées à Dakar avant l'embarquement et dès l'apparition des croûtes dans les cheveux.

L'examen du nez montre l'existence de croûtes noirâtres, fétides, épais-

ses, dans la narine droite, masquant mal une ulcération linéaire,mettant à nu le bord inférieur du cartilage de la cloison à son insertion sur les apophyses palatines ; les cornets moyens sont aussi,et des deux côtés mis à nu par une ulcération poussée jusqu'à l'os; à gauche dans la profondeur et à travers l'espace qui sépare le cornet moyen de la cloison,on aperçoit des ulcérations plus enfoncées se dirigeant jusqu'au pharynx que masquent des croûtes purulentes ; jetage d'odeur fétide et nauséeuse, respiration pénible.

Un lavage prolongé avec une solution tiède de permanganate de potasse à 1 /2000 détache mal les croûtes et donne aux tissus et aux ulcérations spécifiques une teinte de vieux noyer ; devant cette insuffisance,nous pratiquons un curettage immédiat, modéré, portant sur les cornets et en haut sur la lame criblée, curettage accompagné pour faciliter l'expulsion de tous les débris et empêcher la résorption putride, d'un nouveau lavage au 1 /1000, et de la mise en place de gaze iodoformée dans les deux narines. Le soir même et malgré la fièvre (38°5) le malade se sent très soulagé et respire sensiblement mieux ; il dort avec volupté dans la nuit, mais son état général est très précaire, lait, bouillon, eau de Vichy, toniques, 1 gr. de sulfate de quinine par jour, potion de chloral (1 gr.) injection quotidienne de chlorhydrate de morphine (0 gr. 01) le soir.

Le curettage a montré avec la mise à nu des moignons des cornets, une perforation de la largeur d'une pièce de 50 centimes sur la partie inférieure de la cloison, sans affaissement de l'auvent nasal. Le 16, on fait un lavage nasal, avec un bock laveur,à l'eau oxygénée pure,le malade va mieux,mais le côté droit est encore obstrué dans la profondeur par du muco-pus épais ; la narine gauche,au contraire,est complètement libre ; les douleurs ostéocopes diminuent sensiblement. Le 20, le phagédénisme balanique a repris avec plus de vigueur ; ulcérations cohérentes,multiples autour du méat,enfoncé dans le tissu ulcéré et bourgeonnant, réduit dans ses dimensions et produisant un jet uréthral en pomme d'arrosoir qui inonde et infecte la plaie; celle-ci, à allure serpigineuse, a 3 à 4 mm. de profondeur, suinte peu, est cautérisée au thermocautère après anesthésie en nappe à la cocaïne et baignée dans l'eau oxygénée pure. Etat général médiocre, panaris de l'index droit, œdème généralisé, langue sèche malgré les attouchements à la glycérine, désinfection nasale biquotidienne (douches au permanganate à 1 /2000, gaze iodoformée) Le 23,la langue est devenue humide, l'alimentation mieux acceptée ; la fièvre persiste néanmoins tous les soirs (38°5), le nez reste droit, la cloison s'est redressée,les bords de l'ulcération de la cloison semblent vouloir se cicatriser *in situ*, les douleurs ostéocopes ont disparu ; ulcération grisâtre en haut de l'amygdale gauche. On a dès le 13 août commencé une série d'injections quotidiennes de biiodure de mercure à 0 gr. 01 par centimètre cube,bien supportées ;le 26 août,le phagédénisme balanique poursuit son œuvre malgré les soins locaux et généraux, croûtes épaisses,renouvelées, adhérentes de la narine droite ; pansement intra-nasal à la pommade à l'oxyde jaune de mercure qui semble bientôt donner de bons résultats.

Le 1er septembre (18e jour) l'ulcération a gagné dans la profondeur du méat et de l'urèthre antérieur, effacés dans le bourgeonnement irrégulier

de la plaie ; bain d'eau oxygénée, pansement au vin aromatique, meilleur état général,amélioration notable des ulcérations nasales, disparition de la fièvre, cicatrisation définitive des bords de la perforation de la cloison.

Le 18 septembre, on applique sur le gland un pansement au formol à 1 /100 très douloureux, œdème du pénis très notable suivi d'incurvation du gland donnant à l'organe la forme d'une pipe allemande ; aspect de paraphimosis, soulèvement vésiculeux des téguments, excitation vive des bourgeons, insomnie cruelle ; le lendemain, emploi du formol à 1 /200 et application ultérieure de vaseline simple pour calmer l'irritation ; au 4e jour, l'ulcération paraît arrêtée, mais a gagné en profondeur, se cantonnant surtout dans l'urèthre rouge et ouvert dans ses deux premiers centimètres à partir du méat, et vers la gauche, état général bon. La céphalée a disparu mais malgré les lavages quotidiens au permanganate et les pansements intra-nasaux à la pommade à l'oxyde jaune les fosses nasales se détergent mal, les croûtes se reforment et se détachent péniblement des cornets. Le 22, le paraphimosis est disparu, le formol à 1 /300 agit énergiquement sur le phagédénisme, le gland n'est plus recourbé en haut,l'incurvation générale de l'extrémité pénienne s'est effacée, l'ulcère toutefois progresse sur la muqueuse uréthrale, et a entamé le filet.

Le 30 septembre,on note une diminution très notable de la largeur de l'ulcère qui se rétracte et semble vouloir bourgeonner sur la muqueuse uréthrale dont les lésions entraînent une miction irrégulière, quoique peu douloureuse, à jet dispersé et sans force.

Le malade a pu se lever dès le 5 septembre ; l'apyrexie est complète, il respire bien malgré la réapparition incessante des croûtelles sur les cornets, l'œdème des malléoles est disparu. Les injections ont été suspendues du 4 au 30 septembre ;à cette date on reprend une nouvelle série d'injections de biiodure, l'ulcération est encore très étalée, mais les bords bourgeonnent, le gland se tasse, malgré la perte de substance définitive, il incline un peu à gauche, est ratatiné, diminué en hauteur, mais le jet redevient relativement cylindrique et fort. Bientôt le nez se dégage, les ulcérations se cicatrisent,ainsi que le gland,dont le méat reste enfoncé, étalé, et sous l'influence du formol à 1 /300 la guérison est enfin complète le 25 octobre, le malade part en convalescence complètement guéri le 31 octobre.

OBS. 2. — *Chancre mou, phagédénisme du gland et des corps caverneux, syphilis.*

Loz..., 21 ans, 57e de ligne entre le 3 février 1906 à l'hôpital pour un phimosis peu serré,sous lequel on découvre une ulcération assez profonde à la région dorsale de la rainure balano-préputiale ; sécrétion purulente très abondante à travers les lèvres du prépuce,quelques ganglions dans les deux aines peu volumineux et indolores, pas d'uréthrite avant l'apparition du phimosis.Le malade aurait eu des rapports avec une femme il y a 15 jours, suivi huit jours après d'une légère ulcération du sillon balano-préputial ; ni roséole actuelle, ni phénomènes généraux. Incision dorsale du prépuce le 3 février et cautérisation au thermocautère de l'ulcération ; celle-ci est exaspérée et en 5 jours s'étend vers le filet; sectionné profondément, la rai-

nure balano-préputiale, détermine la gangrène profonde et l'expulsion de tissus grisâtres effilochés, sortes de débris aponévrotiques, sous le sommet du V de l'incision cutanée ; on poursuit au bistouri l'incision dorsale et on met à découvert un sphacèle sous-cutané qui s'étend en surface;on arrive sur les corps caverneux jusqu'à 4 centimètres de la rainure, et dû en réalité au renversement en avant du gland attaqué par sa base et à l'écartement des deux lèvres de l'ulcération ; eau oxygénée en abondance, seconde cautérisation au thermocautère de toute la surface de l'ulcération, poudre d'iodoforme après détersion de la plaie caverneuse qui donne une sécrétion purulente abondante.

Bientôt et en peu de jours, malgré l'œdème des lèvres de l'incision préputiale, les phénomènes s'amendent, la cicatrisation semble entrer en bonne voie, le gland très menacé conserve sa teinte rosée et semble bien nourri par la partie conservée de l'isthme rétro-balanique.Le 25 on note l'induration persistante des lèvres cutanées de l'incision préputiale, un excès de peau œdématiée à la partie inférieure,en arrière du filet, un léger rétrécissement de l'ulcération caverneuse qui a environ 4 à 5 millimètres de profondeur ; absence de phénomènes généraux (céphalée, myalgie, roséole, arthralgies, fièvre) légers ganglions inguinaux et axillaires ; le 27,la plaie bourgeonne vigoureusement et, encore 3 mm. de profondeur, une étendue de 2 centimètres d'avant en arrière, ne suppure pas, le gland reste vertical ou du moins l'ulcération rétro-balanique à bordure balanique à pic ne le fait pas basculer inerte en avant ; roséole maculeuse visible à l'épigastre et sur les fausses côtes, ganglions sus-épitrochléens, trois ganglions inguinaux durs chaque côté, testicule droit petit, atrophié.

Le 1er mars,le gland conserve sa direction,le méat regardant droit en avant et permettant la miction directe ; la plaie monte vigoureusement avec bourgeons irréguliers vers la base de l'ulcération; la roséole est plus nette ; psoriasis ancien assez étendu aux coudes et aux genoux.

Le 7 mars, la plaie ne sécrète plus, l'ulcère se réduit très notablement; l'épidermisation gagne transversalement, la surface cruentée a encore 1 centimètre de large, la paroi postérieure de la base du gland est complètement cicatrisée, sans accolement à la partie postérieure de l'ulcère caverneux;nous comptons sur la rétraction finale pour améliorer l'état actuel; le gland ne se renverse pas en arrière, ne relève pas le méat en haut, la miction est toujours antéro-postérieure, les lèvres de l'incision du prépuce restent dures, épaisses, irrégulières, bon état général; le malade se lève.

Le 14 mars,la cicatrisation est à peu près définitive, la roséole plus apparente, persistance des ganglions sus épitrochléens et axillaires ; la croûte formée sur l'ulcère prend le 16 une teinte foncée, un aspect mollasse ; on revient aux bains à l'eau oxygénée et à la poudre d'iodoforme ; l'éruption maculeuse discrète sur le thorax et l'abdomen ne s'efface pas; on a commencé le 1er mars une série d'injections quotidiennes de biiodure de mercure à 0,01 ; le gland se relève en haut attiré par la rétraction cicatricielle. Le 25,la roséole suppure,mais on note sur le dos une sorte de lichen diffus-spécifique ; la cicatrice dorsale s'est réulcérée ; formation d'une grosse croûte ; on fait aujourd'hui la 20e et dernière injection ;le 28,

on insiste sur les bains d'eau oxygénée et les pansements secs en raison d'une récidive de l'ulcère, qui ne persiste pas. Le 2 avril (au bout de 2 mois) la guérison locale est définitive,mais on note des syphilides dans la conque de l'oreille, sur le nez, à la face où elles revêtent le type de larges squames recouvrant des éruptions, ici érythémateuses, là pustuleuses ; sur les membres et le tronc quelques grosses papules foncées tirant un peu sur la couleur du jambon ; tout le dos est envahi par l'acné spécifique ; bon état général ; le 6,grosse papule cuivrée à desquamation large sur la 10e dorsale, au niveau de son apophyse épineuse et aussi sur la clavicule droite ; puis ces éléments éruptifs disparaissent, aucune lésion anale,linguale ou labiale ; bon état général.

Le malade sort sans accidents nouveaux le 15 avril ; la photographie de son pénis montre que le gland est tassé en arrière contre les corps caverneux, regardant un peu en haut; il y a un raccourcissement léger du membre ; petites adénopathies inguinales persistantes, dures, indolores, sans tendance aucune au ramollissement.

OBS. 3. — *Gangrène foudroyante de l'urèthre pénien des corps caverneux et du gland ; ulcère exotique non spécifique.*

L..., 23 ans, ex sous-officier d'infanterie coloniale, a été atteint,huit mois après son arrivée au Tonkin, en novembre 1906, à la suite d'un coït avec une femme annamite,d'un ulcère phagédénique du filet qui a pris tout de suite des proportions anormales, qu'on a cautérisé sans résultat au thermo-cautère, traité pendant huit jours,à la teinture d'iode,et finalement dont la nature syphilitique a été soupçonnée,vu l'absence de bubons consécutifs et la superficialité du phagédénisme, respectant l'urèthre, et les tissus profonds, enfin en raison aussi de l'extension en surface de l'ulcération qui gagnait en arrière sur la peau du fourreau ; on fait 30 injections de biiodure, malgré l'absence d'adénopathies généralisées,de phénomènes généraux, d'éruption suspecte ; la guérison presque complète est obtenue très rapidement sans emploi de topiques actifs. En raison de l'anémie tropicale de L...,bien qu'il n'eut pas eu d'accès de fièvre paludéenne, il est rapatrié et embarqué à Hanoï ; en passant à Saïgon, alors que son pénis était absolument cicatrisé, il a de nouveau un coït malheureux avec une femme indigène, pendant l'escale,et quelques jours après, en cours de route est repris d'accidents débutant à nouveau par la base du filet,qui s'ulcère rapidement ; le processus destructif s'étend bientôt en arrière de la rainure balano-préputiale, détruit le prépuce en partie, sans déterminer un phimosis préalable ou de chancre quelconque du sillon balano-préputial, gagne en arrière et à la face inférieure du pénis dans une étendue d'un ou deux centimètres, s'étend sur les faces latérales du fourreau avec sécrétion modérée, suintement plutôt agglutinant, pléïade ganglionnaire inguino-crurale, dure, de volume modéré,indolore sans tendance au ramollissement, absence de phénomènes généraux, intégrité de l'urèthre et de la vessie, absence de toute éruption, faiblesse générale toutefois et pâleur extrême du visage.

L..., arrivé chez ses parents, cache son mal, s'enveloppe de vagues

compresses sans topiques et finalement,vu l'extension des lésions et le caractère gangréneux et hémorrhagique de l'ulcère extensif et progressif, qui en boursoufle les lèvres cutanées et même a depuis quelques jours envahi l'urèthre à un demi-centimètre de la base du filet et provoqué une fistule uréthrale inférieure, il se décide à entrer à l'hôpital militaire de Bordeaux, le 21 janvier 1907, un mois après son débarquement à Marseille.

A son entrée, nous notons, outre l'existence de cette fistule uréthrale par laquelle il urine en 4 ou 5 jets divergents et dont l'orifice se voit mal en raison des tissus noirâtres boursouflés qui l'entourent et le masquent, l'intégrité absolue du gland, la disparition du prépuce rongé jusqu'à son insertion avec intégrité du sillon préputial dont la muqueuse n'est ni ulcérée, ni éraillée ; le pénis est de volume normal, non œdématié à la face dorsale,les téguments sont intacts; mais sur les côtés et à la face inférieure tout le long de l'urèthre pénien, la peau est rongée, par l'ulcère qui occupe le tiers inférieur des faces latérales, reste localisé au tissu cellulaire, respecte le corps caverneux, et s'étend en arrière sur la peau du scrotum, à la racine de la verge. En ce point, il forme un anneau presque complet et même,peut-on dire,complet,n'entamant que le derme sur le tiers supérieur droit,et allant jusqu'au tissu cellulaire sur les deux tiers restants où il gagne en profondeur ; la lésion reste donc superficielle à droite, du gland à la base de la verge ; elle est térébrante en bas et sur le côté gauche ; on lui donne en moyenne 4 millimètres de profondeur ; l'ensemble est fortement purulent, saigne au moindre contact, a un aspect blafard, sanieux, à revêtement gris sale adhérent ; le scrotum est intact, sauf le sillon de démarcation ; les testicules sont sains, il n'y a aucun écoulement uréthral, aucune blennorrhagie antérieure ; les mictions se font normalement, sans douleur, l'urine est projetée de tous côtés et souille un peu l'ulcère aux environs de la fistule.

Etant donnés les antécédents et la guérison des premiers accidents sous l'influence des injections il y a trois mois, nous hésitons sur le diagnostic, et acceptons avec restrictions l'hypothèse d'une syphilide ulcéreuse phagédénique, vu l'absence de tous symptômes actuels précis de spécificité; lavages prolongés de la verge à l'eau oxygénée,bains locaux à l'eau oxygénée à 10°, pansement à l'iodoforme, toniques, enfin et dès le 1er jour première injection de biiodure de mercure à 0 gramme 01 par seringue. Le 24, au troisième jour, on remarque que la plaie est entièrement détergée et recouverte de bourgeons charnus à piqueté rouge de bon aspect, malgré une sécrétion purulente de toute la surface assez restreinte, le gland est intact; aucune goutte d'urine n'arrive dans l'urèthre balanique, la fistule déversant le contenu des mictions diverses tout entière au dehors ; les bords en sont toujours difficiles à délimiter ; la base du gland garde sa continuité cutanéo-muqueuse avec le revêtement cutané du fourreau, à droite, sur une hauteur d'un demi-centimètre ; les corps caverneux paraissent à peine atteints vers leur tête, en surfaces,à la région avoisinant l'urèthre immédiatement rétro-balanique ; la base du pénis a une teinte très pigmentée sans œdème ; pansement au vin aromatique,après lavages et bains chauds d'eau oxygénée, et préalablement tous les matins, bain de siège au sublimé (20 grammes). Nuits bonnes, indolence des lésions,

appétit médiocre, quinquina, arsenic. Le 26, bons effets apparents du vin aromatique, néanmoins les corps caverneux sont légèrement entamés ; en arrière le sillon rétro-pénien semble gagner en profondeur, vers le tissu cellulaire sous-scrotal ; cautérisation au naphtol camphré de ce sillon. Le 1er février, on fait un pansement général au formol à 1/100 suivi de vives douleurs, et d'une nuit pénible ; le 2, on note qu'à droite et vers la base l'ulcération reste purement dermo-épidermique ; la face inférieure de l'ulcère gagne dans l'intimité du tissu caverneux, élargit la fistule uréthrale qui prend l'aspect d'un puisard de 5 millimètres, il existe tous les matins un enduit pultacé, grisâtre sur toute la surface de l'ulcération pénienne.

Le 3, second pansement au formol adouci (au 1/300), encore très douloureux et suivi d'insomnie ; mêmes bains ; le 5, la plaie générale est asséchée, raccornie, il se forme deux grandes eschares sèches tandis, qu'un sillon d'élimination se dessine et arrive à droite à la base de l'eschare cutanée superficielle, plus encore au sillon déjà esquissé depuis huit jours sur le scrotum à la racine de la verge ; l'eschare a gagné en outre le pont balano-pénien, et isolé ainsi le gland de toute attache cutanée, épidermique ; lavage général à l'eau oxygénée suivi d'un pansement au vin aromatique précédé d'un bain de siège au sublimé. Le 7, le sillon scrotal s'accentue et suinte abondamment, les escharres sèches semblent vouloir se détacher, l'ulcération rétro-balanique gagne en bas, à la partie inférieure de l'isthme sur la face dorsale ; tout autour de l'eschare supérieure droite, fond rougeâtre piqueté, de bon aloi ; une légère zone cutanée se maintient à droite sur l'urèthre entre le gland et le bord latéral du pénis à la partie inférieure, le processus nécrotique creuse, gagne dans la profondeur, entame les corps caverneux, élargit la fistule uréthrale en rongeant la face inférieure du canal suivant une direction linéaire ; il semble qu'un peu en arrière de l'ouverture primitive se prépare une seconde fistule ; les bains d'eau oxygénée avec un génieux sont insuffisants et n'atteignent que la moitié distale de la verge. Le 8, vu l'insuccès du pansement à l'iodoforme employé hier, on essaye la poudre de charbon et on fait, sans résultat appréciable la 19e injection de biiodure. Le 9, chute de l'escharre dorsale droite qui n'atteignant que superficiellement le derme, laisse sur 2 centimètres en hauteur à partir de la base du gland, une surface piquetée apte à bien se séparer ; eau oxygénée, poudre de charbon. Le 10, on a terminé hier une série de 20 injections, on voit se détacher aujourd'hui l'eschare inférieure la plus large ; le canal de l'urèthre est ouvert sur une longueur de 3 centimètres et le processus gagne surtout dans l'extrémité du corps caverneux gauche ; le sillon d'élimination scrotal sécrète largement et a environ 3 mm. de profondeur ; il gagne sur le bord gauche et se montre un peu à droite sur la racine de la verge qu'il semble vouloir encercler ; aucune inoculation ne s'est produite sur le scrotum mal protégé cependant. On donne IK : 1 gramme, pour chercher avec le traitement ioduré un résultat qui est resté négatif avec l'hydrargyre ; le 11, on donne 2 grammes, le 12 on pousse à 3 grammes : dès le 11 on note que le sillon scrotal s'élève à droite et à gauche jusqu'au niveau du diamètre horizontal de la racine de la verge ; la nouvelle fistule uréthrale siège sur la partie moyenne de la

région pénienne à 1 c. 5 de la première et il en sort un jet puissant et nettement postéro-antérieur suivant la direction de l'urèthre ; les deux corps caverneux sont entamés, le bourrelet cutané isthmique est toujours conservé, il reste aussi une sorte de jabot isolé, très saillant en avant de la première fistule uréthrale, de la grosseur d'une noisette, débris filamenteux sphacélique se détachant péniblement de toute la surface de l'ulcère ; la paroi supérieure de l'urèthre est mise à nu par écartement des deux lèvres de la nécrose du canal à direction linéaire ; eau oxygénée, poudre de charbon. Le 16, pour arrêter le processus nécrosant qui gagne de tous côtés, on emploie pour la 1re fois le thermocautère promené doucement en arrière sur le sillon scrotal et en avant à droite et à gauche de la fistule uréthrale ; on donne dès aujourd'hui 5 gr. d'IK.

Le 19, même aspect rosé de la base de l'ulcération, persistance d'une couenne épaisse, blanc sale sur le corps caverneux, le sillon scrotal n'a pas gagné en profondeur, mais s'est fortement étalé par écartement de ses lèvres; il a plus d'un centimètre de large, le fond est rosé, il sécrète assez peu, poudre de charbon et quinquina, IK (5 gr.) et bains de sublimé.

Le 20 nouvelle cautérisation de l'ulcère scrotal qui semble avoir une poussée nouvelle .

Le 24, on donne 6 gr. d'IK; le sphacèle de l'urèthre s'est étendu en arrière, mesure 4 centimètres de long et a même gagné la paroi supérieure qui est détruite sur la première moitié, et creusé en dessous dans les corps caverneux, isolant de plus en plus le corps spongieux menacé ; enduit crémeux noir, de mauvais aspect, lavages à l'eau oxygénée avec un bock à jet puissant ; on revient au vin aromatique qui paraît supérieur au charbon et quinquina ; le processus ulcératif depuis trois jours semble subir un coup de fouet, gagner dans la profondeur de la verge et menacer la totalité de l'urèthre.

Le 25, on détache de nouvelles parcelles mortifiées sur le revêtement des corps caverneux qui sont de plus en plus rongés ; l'urèthre est détruit en entier sur 4 centimètres de longueur, et en arrière vers la base du pénis on voit le moignon mal défini qui forme la partie restante du canal sous forme d'un orifice enfoncé, rougeâtre ; l'urine est rejetée assez violemment en avant, mais souille néanmoins la plaie dans l'intervalle des pansements : le gland est absolument intact, mêmes lavages, même pansement avec des tranches de citron minces déposées à même la plaie ; l'épiderme nécrosé à droite semble se refaire.

26. On note que le sillon scrotal semble faire un retour offensif vers la droite et s'avancer en haut ; à gauche, nouvelle eschare vers la base, près du moignon uréthral ; à droite, le pont cutané rétro-balanique semble menacé par une eschare de la surface d'une pièce de 0 fr. 50 apparue sur la droite du pénis ; à son voisinage, autre eschare sur le corps caverneux gauche un peu isolé par le processus sur sa face gauche latérale ; les tranches de citron sont très exactement placées sur le sillon scrotal et aussi sur les eschares caverneuses.

28. L'eschare cutanée droite a gagné en étendue et en profondeur ; le moignon uréthral a toujours la même bordure cutanée formant bourrelet à la racine de la verge ; jus de citron.

Le 1er mars,la pâleur du sujet,toujours alité,est extrême; il se nourrit mal, son moral est très déprimé ; le jet uréthral est toujours vigoureux et éloigne l'urine du scrotum ; il semble que le reste d'urèthre soit isolé par un processus circum canaliculaire ; même aspect de bonne réparation de la nécrose dermique basale ; l'escharre latérale droite est toujours assez profonde,mais ne paraît pas gagner en étendue. Le 2,une large eschare caverneuse semble vouloir se détacher à nouveau, creusant à chaque fois un peu plus ces corps déjà entamés fortement; à la base de la verge la perte de substance, qui a 2 à 3 millimètres de profondeur,semble faire un anneau presque complet, d'un centimètre 1 /2 de haut à fond rosé, de bon aspect, le jus de citron est bien supporté. Le 5 on donne toujours 6 grammes de IK: il reste au filet une légère eschare noire persistante,et sur l'ulcère une eschare étalée résistante encore par des filaments aux lavages à l'eau oxygénée ; le penis a perdu au niveau de l'isthme rétro-balanique la moitié de l'épaisseur.

7 mars,la sécrétion semi-purulente persiste,l'urèthre est dévié à gauche, des fausses membranes se reproduisent, malgré l'emploi du jus de citron ; l'urine sort avec force par le moignon uréthral; et pour éviter la contamination de la plaie,le malade s'astreint à n'uriner qu'une fois par jour au moment du pansement ; il n'a pu, vu son nervosisme extrême, supporter la sonde à demeure ; emploi du thermocautère sur toute la surface de l'ulcération ; le sillon scrotal a une tendance très marquée vers la guérison, diminue de hauteur et de largeur.

Le 10, persistance du fond grisâtre des ulcérations caverneuses, les bords seuls sont rosés ;bain de permanganate à 1 /500,pansement à la gaze imbibée de la même solution ; l'ulcération latérale cutanée droite,immédiatement derrière l'isthme et qui a été cautérisée le 7 en raison de sa sécrétion et de sa tendance à s'étaler reste revêtue d'une croûte noire et dure ; il reste sur la face inférieure du pénis un sillon linéaire antéro-postérieur, indice de l'urèthre détruit ; le 11,même aspect, nouvelles fausses membranes adhérentes, le sillon scrotal marche vers la guérison ; depuis le 10 on supprime l'IK.

12 mars. Malgré les lavages au permanganate, réfection de fausses membranes que détache un peu l'eau oxygénée ; la bordure du sillon balanique est un peu entamée, le gland reste intact et de coloration rosée. Anesthésie à la cocaïne et cautérisation superficielle de toute la partie centrale de l'ulcère, surtout en arrière du méat, malgré l'aspect coloré des bords ; le sillon scrotal est cicatrisé; pansement à l'iodoforme. Le 15,nouvelle eschare sur les corps caverneux creusés chaque jour un peu par le processus, l'eschare se détache sous les pulvérisations d'eau oxygénée; la partie inférieure de l'isthme préputial est entamée ; pansement à la vaseline iodoformée ; entropion cutané autour du moignon uréthral et sur toute la racine du pénis à la limite de l'eschare cutanée, pourtour rosé de la grande ulcération pénienne et cicatrisation persistante de la partie droite, dont le derme était tombé il y a un mois ; cette épidermisation a une hauteur de 1 centimètre environ ; le 17, l'épaisseur de l'isthme rétro-balanique est de 4 millimètres environ;mêmes lavages au pulvérisateur de Richardson ; la ligne marginale de la peau autour de la base du pénis

se recroqueville en dedans sur les 2/3 du pourtour et échappe à toute ulcération. Le 18, la croûte escharotique latérale droite tombe spontanément laissant en dessous un épiderme néoformé résistant ; la moitié proximale des corps caverneux a un bon aspect rosé ; sécrète peu ; le rebord glandulaire semble légèrement entamé ; pâleur du visage, appétit conservé ; les pansements sont renouvelés deux fois par jour, pour permettre au malade d'uriner. Le 20 on trouve une nouvelle poussée dans le centre des corps caverneux, un peu en arrière du méat, l'isthme se rétrécit transversalement, sa hauteur est d'un centimètre environ, son bord inférieur légèrement entamé, l'épaisseur qui seule maintient la vascularisation du gland n'a pas plus de 3 à 4 millimètres ; nouvelle cautérisation, légère, au thermo sous la cocaïne ; secrétions sales, persistantes de muco-pus avec débris sphacétiques ; indolence absolue des lésions.

Le 21, aspect violacé du gland, et apparition de légères phlyctènes sur l'emplacement du filet ; mauvais pronostic ; on prévoit la nécrose complète et rapide de cet organe, malgré le teint rosé de l'eschare pénienne inférieure. Le 22, les phlyctènes sont plus larges, forment une masse linéaire noirâtre, la teinte violacée du gland est plus sombre et cette teinte gagne jusqu'à l'isthme ; indolence absolue, malgré les appréhensions très vives du malade qu'effraie la perspective du dénouement, pansement à l'iodoforme. Le 24, une petite ulcération se montre au côté externe de l'isthme qui est également attaqué par le processus ulcératif de l'autre face, on prévoit la fin prochaine de la circulation balanique ; le 25, en effet, l'isthme est troué à son contour fenêtré, le gland ne tient plus que par 2 petits tractus ; il est libéré d'un coup de thermocautère, que l'on promène ensuite sur le moignon pénien pour y arrêter les progrès persistants du phagédénisme et hâter la cicatrisation de ce qui reste de la verge.

Le gland sectionné montre une sorte d infarctus total gélatineux, sans abcès, et autour de l'urèthre balanique conservé, quoiqu'inutile depuis un mois, règne un tractus conjonctif épais et profond. Pansement à l'iodoforme.

Les jours suivants, l'épidermisation marche à grands pas, une nouvelle cautérisation est nécessaire en avant entre les corps caverneux ; la peau forme finalement un bourrelet en entropion à la racine de la verge et de l'urèthre qui a un jet assez puissant pour ne pas mouiller le scrotum. Le moignon pénien a environ 2 cent. 1/2, nous ne pouvons présumer de ses aptitudes fonctionnelles. Le malade sort le 5 avril 1907, toujours pâle, mais moralement réconforté et se nourrissant bien ; il est venu le 1er décembre ; on a dû faire encore trois cautérisations ; présentement le malade est définitivement guéri, avec méat scrotal, sous-pubien; en érection, il utilise son moignon qui disparaît au repos dans les plis cutanés de la racine des bourses ; bon état général ; aucune lésion spécifique apparente.

Obs. 4. — *Gangrène du gland, du prépuce et de l'urèthre antérieur consécutive à une phlébite blennorrhagique des corps caverneux.*

M..., 24 ans, canonnier au 16e bataillon d'artillerie, entre à l'hôpital Des Genettes, le 27 février 1900 ; il est évacué d'un fort éloigné des Alpes

pour un sphacèle étendu du gland et de l'urèthre survenu subitement il y a un mois environ. Le 15 décembre 1899, il a été pris de douleurs articulaires dans les deux genoux, est entré à l'infirmerie pour ce motif, a été amélioré par le repos et le salicylate de soude,puis, brusquement, lorsqu'il se promenait dans la cour depuis deux jours, il ressent de vives douleurs avec élancements dans le mollet droit, dont la palpation devient intolérable ; la jambe devient dure gonflée ; on porte le diagnostic de phlébite; le malade est immobilisé et un enveloppement ouaté et compressif appliqué sur la jambe ; huit jours après,on remarque en arrière et en avant du filet préputial une plaque noirâtre, survenue sans douleurs spéciales du côté du pénis, large de trois à quatre centimètres d'avant en arrière ; le médecin pratique sans résultat deux incisions sur la région malade ; il en sort quelques gouttes de sang,sans influence sur la marche de l'affection, et au bout de huit jours, le sphacèle est complet et fait tomber le tissu postérieur du gland, le filet, la partie antérieure du canal de l'urèthre sur une longueur de 4 à 5 centimètres,en même temps que les corps caverneux dans la partie correspondante, sont partiellement sphacélés,jusqu'au tiers environ de leur profondeur ; il y a en ce moment une hémorrhagie assez abondante, et une vaste plaie saignante, fongueuse en résulte. On met une sonde à demeure pour faciliter la miction.

Le malade, dans les jours suivants, fait vraisemblablement de l'infection vésicale, il a de la cystite caractérisée par le trouble des urines, la fréquence des mictions qui est telle qu'il urine toutes les 20 minutes ; son teint est pâle comme celui des suppurants chroniques, il a de la fièvre tous les soirs, son appétit est nul, il souffre constamment et, surtout, à la fin de la miction, il éprouve une sensation de brûlure du côté du col, en même temps que de légères hématuries terminales complètent ce tableau.

Tel est l'état qu'il présente à son arrivée dans notre service ; localement, on note la présence d'une vaste surface à aspect sale, grisâtre, de revêtement légèrement diphtéroïde occupant la face postérieure de ce qui représente le gland, et l'extrémité antérieure des corps caverneux ; de l'extrémité de ce qui reste de l'urèthre sort une sonde à demeure permanente depuis trente jours, qu'on n'a jamais retirée, savonnée, désinfectée depuis le début du sphacèle, n'ayant servi à aucun lavage endo-vésical, et autour d'elle on voit une surface cruentée, bourgeonnante, apparaissant contre les lèvres du nouveau méat, fortement rétro-balanique. Il existe un œdème très marqué de ce qui reste du prépuce et du fourreau ; quelques ganglions dans les aines ; la prostate n'est le siège d'aucun abcès.

Le malade n'a aucun antécédent syphilitique rhumatismal, diabétique ou paludéen, il n'a pas d'antécédents tuberculeux.

Nous ordonnons dès notre premier examen, une désinfection soignée de la région, on rase le pubis et le scrotum ; on retire la sonde à demeure que l'on remplace par une sonde neuve aseptique ; il vient du pus abondant de la partie moyenne de l'urèthre, semblant présager l'existence d'un abcès péri-uréthral avec décollement ; on fait deux lavages successifs de la vessie avec du permanganate de potasse à 1/2000 et on prescrit un grand bain général de sublimé ; la plaie a été d'autre part lavée au permanganate et après le bain on fait un pansement sec à la poudre de talc et

bismuth stérilisés, avec suspensoir large. Dès le lendemain, on constate un bien-être très sensible; la plaie, jusque-là atone et de mauvais aloi, a un aspect rouge vif de bonne allure, les mictions sont moins fréquentes, la douleur très atténuée, la fièvre tombe. On continue les mêmes bains antiseptiques, la même désinfection locale, on retire la sonde, on la désinfecte soigneusement et on la remet en place. Au troisième jour, l'épidermisation sur les bords est manifeste, elle part de la dernière circonférence postérieure du cylindre pénien et va en s'accentuant de jour en jour ; il y a 2 mictions par nuit. Le 15 mars, la plaie est complètement cicatrisée ; à cette date le malade a durant la nuit une éjaculation très douloureuse, gênée par la sonde à demeure ; nous augurons bien des fonctions génésiques ultérieures ; mais, ainsi que nous l'avons prédit, il y a une rétraction cicatricielle qui entraîne le gland en arrière et en bas et lui donne une attitude disgracieuse; le malade, la sonde retirée, urine en bavant,mais sans douleurs, ni difficultés, il a une miction par nuit seulement.

On enlève la sonde pour la première fois le 16 mars ;le 19,le malade a beaucoup de peine à uriner, le méat est extrêmement rétréci, on doit le dilater et les premiers efforts entraînent une effraction de la muqueuse uréthrale imparfaitement cicatrisée, avec gonflement très marqué des corps caverneux, surtout à gauche, et menace de formation d'abcès, les cataplasmes et les bains prolongés calment cet orage au bout de trois jours. On passe successivement du 27 au 32 Béniqué, on remet une sonde à demeure, on l'enlève après avoir introduit un 42; mais le lendemain on ne peut plus réintroduire que du 32, tant la force de rétraction est considérable sur une hauteur d'un centimètre et demi à partir de l'orifice uréthral ; par deux fois, du 19 au 24, on fait la même tentative de suppression de la sonde et à chaque fois, les mêmes difficultés reparaissent, on voit,à cette dernière date du 24, les téguments entropionnés très fortement vers un infundibulum uréthral, qui attire également vers le bourrelet cutané le gland infléchi à sa base ; le prépuce n'est plus œdématié, les corps caverneux sont durs, mais ne dépassent pas le volume de l'auriculaire ; le malade se livre dans la journée à des mictions indolores, peu fréquentes, son appétit est bon, l'état général s'est relevé ; lentement et progressivement on arrive à introduire un Béniqué nº 48 ; mais dès le 25,il apparaît que cette cicatrisation définitive du méat pénien et de la muqueuse avoisinante, va nécessiter par sa tendance à un rétrécissement constant, difficilement combattu par la dilatation progressive,une intervention nouvelle pour dériver l'urine pendant quelque temps ou pour transformer en hypospadias préscrotal ce rétrécissement incisé franchement dans toute la zone de sclérose.

Il y aura peut-être lieu également de redresser le gland comme dans les courbures latérales rendant le coït impossible en faisant une plaie profonde longitudinale sur la face dorsale, réunie suivant la technique de la pyoroplastie et, en comptant sur la cicatrice rétractile pour redresser cet organe vers le pubis ; enfin on pourrait essayer de restaurer l'urèthre.

Ces indications ont été en partie remplies le 21 mars;une incision dorsale ongitudinale a d'abord permis de redresser le gland ; une incision de la

stricture uréthrale a ensuite transformé l'urèthre en un hypospadias pré-scrotal.

Mais dès l'arrivée du malade,et après l'enlèvement de la sonde à demeure, nous avions,par un examen répété au microscope du pus endo-uréthral, attribué à la présence de la sonde à demeure, constaté la présence de nombreux gonocoques endo et extra-cellulaires,en gros amas, soit dans les cellules vésicales, soit dans les polynucléaires et reconstitué ainsi l'étiologie de l'affection actuelle, provoquée par une uréthrite datant de 18 mois, presque tarie, déterminant dans sa phase de microbisme latent du rhumatisme articulaire gonococcique, puis une phlébite de la saphène externe et des tibiales profondes, enfin quelques jours plus tard une phlébite des corps caverneux avec sphacèle de l'urèthre du gland et de la gaîne érectile, sous l'influence du gonocoque,soit pur, soit avec infections associées (cas de Richet et Julien, cas de Guiard, recherches de Tedenat,etc.). De là par manque de soins, septicémie consécutive, cystite, combattue par nous avec succès, par les lavages endo-vésicaux au permanganate de potasse, désinfection locale au sublimé et finalement disparition de l'état général infectieux si alarmant à l'arrivée du malade.

Ultérieurement,et la vessie et l'urèthre débarrassés du gonocoque, nous avons essayé sur ce malade diverses urétroplasties successives ; une première fois le procédé de Duplay nous a permis de refaire en partie l'urèthre antérieur ; à la base du lambeau reconstitué persistait une fistule que nous avons avivée sans résultat par deux fois ;nous avons alors appliqué la méthode de Rochet dans une quatrième séance (lambeau scrotal renversé avec face pileuse vers l'urèthre) et à peu près fermé cette fistule ; enfin à la partie antérieure sous-balanique, dans une cinquième séance nous avons reconstitué un canal très élargi avec un lambeau préputial rabattu en jugulaire. Fonctionellement, le malade avait ainsi obtenu 2 centimètres de plus d'urèthre, urinait loin du scrotum mais avec un jet très étalé.

Nous réparerions,si nous avions un cas semblable à opérer, l'urèthre absent par le procédé de Nové-Josserand,à savoir la tunellisation du gland restreint comme ici, au thermocautère et la mise en place d'une sonde à demeure entourée d'un vaste lambeau cutané pris à la cuisse et fixé sur ce support,face cruentée en dehors. Quoi qu'il en soit, Moll..nous a quitté, en bonne santé et très satisfait de son état, eu égard aux infirmités qu'il présentait à son arrivée et qu'il considérait alors, et nous aussi, comme définitives.

Notre manuscrit,terminé il y a huit mois, a été communiqué ces temps derniers à M. le Docteur Althabégoïty, médecin de l'armée coloniale,pour sa thèse inaugurale sur la gangrène spontanée foudroyante des organes génitaux externes de l'homme(Bordeaux 15 janvier 1908).

Ce travail, très consciencieux, donne,en tableaux,le relevé de 47 observations détaillées, dont quelques-unes discutables ; tous ces

faits sont relatés précédemment, sauf les cas qui nous avaient échappé de Ev. Hamilton Richardson (1900), Acquaviva (1898 in *Marseille médical*), Abeille (1898 in *Rev. clin. de Gynécologie*), Pousson (*Journ. de méd. de Bordeaux* 1895), Houël (*Montpellier médical*,1892), Kellner (Berlin, 1891), Villar (*France méd.*, 20 mai 1897); nous y trouvons trois observations inédites:l'une de Villar, inspirateur de la thèse,l'autre de Chavannaz (*J. de méd. de Bordeaux*, déc. 1907), et Fontgous (inédit).

Nous avons pu aussi, grâce à l'auteur, avoir connaissance du texte même de deux belles leçons cliniques du professeur Dieulafoy (avec belle photographie) sur un cas récent étudié par lui en 1904 à l'Hôtel-Dieu.

Résumons les tableaux de ces 47 observations ; les formes du sphacèle relevé sont très variables ; il atteint les téguments, les organes urinaires, les organes génitaux. Le *sphacèle cutané* comprend : le prépuce, seul (obs. Laurens, Verchère, Danlos, Villar, Taurin (obs. 9) ; le fourreau seul (obs. de Fontgous,de Troisfontaines,de Taurin (obs. 6) ; le prépuce et le scrotum (obs. de Castro, Jolin et Pousson) ; le prépuce le fourreau (obs. de Dieulafoy, de Lemaire,de Voltura, de Taurin (5) de Fournier,de Lallemand, de Taurin (19) ; le fourreau et le scrotum (obs. de Druelle, de Lecène, d'Oltramare d'Emery, de Hamilton, de Lapanne) ; le scrotum seul (obs. de Keller. d'Allen) ; le prépuce,le fourreau et le gland avec escharre scrotale (obs. de Gosselin).

Le *sphacèle uréthral* se retrouve dans les lésions suivantes : scrotum et urèthre (obs. d'Houëll, de Raymond,*in* Briquet) ; le fourreau avec fistule urinaire (obs. d'Abeille) ; le scrotum,le testicule et le cordon (obs. d'Hamann, de Crussard). Le *sphacèle balanique* partiel ou total est noté dans les cas suivants : gangrène du 1 /4 ou du 1 /3 du gland (obs. de Keller, de Chavanaz, de Villemare) ; gland et prépuce (obs. de Taurin (10) de Boyer, de Guyon) ; gland et fourreau cutané (obs. Taurin 7) ; gland, fourreau et scrotum (obs. Fournier). Le *sphacèle des corps caverneux* et de toute l'épaisseur de la verge se montre dans les faits que voici : prépuce,gland et corps caverneux (obs. de Denis) ; totalité de la partie antérieure de la verge (Acquaviva) ;verge et scrotum (obs.*in Philadelphia Med. News*, de Bonnière et de Taurin (obs. 17) ;

Nos cas personnels ont toujours atteint le gland, l'urèthre et parfois les corps caverneux en entier.

Complications. — Les plus graves sont les suivantes, presque toujours du reste suivies de mort : une gangrène du testicule, du cordon et du scrotum (Crussard) ; une orchite (Kellner) ; un abcès trochantérien avec erythème du cou (Emery),une lymphangite de l'abdomen et du dos(Daubo);une lymphangite de l'aine et de tout le tronc (Lallemant) ; un purpura généralisé avec eschare sacrée (Taurin) ; une perforation du voile du palais (Fournier, Lallemant) un érysipèle phlegmoneux de l'aine de la fosse iliaque, de la fesse avec broncho-pneumonie (Lapanne) ; une pneumonie mortelle (Harlann) ; un phlegmon mortel de la paroi abdominale (1872, *Philadelphia med. News.*) ; un érysipèle étendu du sternum aux jambes (Surget, in Taurin) ; un érysipèle bronzé mortel (Bonnières) ; une septicémie suraiguë (Challan de Belval) ; une septicémie également funeste avec abcès secondaires de la langue, des doigts, du cerveau (Dieulafoy).

Gravité. — En général, on observe des guérisons surprenantes des autoplasties spontanées, extraordinaires. On note cependant 8 décès ce qui fait repousser l'idée de bénignité constante. Ces décès sont ceux du *Philadelphia med. News*, de Crussard, de Surget, de Challan de Belval, de Bonnières, d'Hamilton, de Lecène, de Dieulafoy

Micro-organismes. — Ils sont encore insuffisamment déterminés, Kellner, Chavannaz ont trouvé et cultivé du staphylocoque ; le streptocoque abondait dans les faits de Volterra,Raymond,Druelle, Emery a trouvé des chaînettes, des cocci, de gros bacilles mobiles ; Danlos un polymorphisme microbien avec cultures positives de staphylocoques;les recherches plus récentes de Dieulafoy ont prouvé l'absence de streptocoque, la présence du bacille septique aérobie de Lecène et Legros, et de l'entérocoque de Tiercelin ; la question reste en suspens.

Processus pathogénique. — Il semble que le plus souvent l'infection se fait par une lymphangite gangréneuse superficielle ; elle n'explique pas les gangrènes totales ; dans nos cas à début vénérien, la lésion a toujours suivi l'urèthre, indiquant une voie naturelle d'infection à point de départ balanique, préputial, méatique. De nouvelles recherches sur l'action du spirochète de Schaudinn s'imposent, ainsi qu'une révision des microbes ou cocci du smegma préputial.

REVUE ANALYTIQUE

EPITHÉLIOMATOSE

BISSERIÉ : **La radiothérapie dans le traitement des épithéliomas des paupières.** (*Bulletin médical*, 1906, p. 816.) — Dans les cas d'épithéliomes cutanés traités et guéris par l'auteur par la radiothérapie le diagnostic clinique ne faisait aucun doute ; dans certains cas il a été tranché par l'examen histologique. Dans 6 cas particuliers de l'épithélioma des paupières, la question se présente sous 3 aspects différents. 1° la néoplasie a franchement débuté par les téguments des paupières et y est restée nettement limitée ; 2° partie des téguments superficiels, elle a fusé vers les parties profondes, cavité orbitaire ou voies lacrymales ; 3° elle est l'extension, aux téguments des paupières, d'une néoplasie profonde. Au point de vue radiothérapique, ces particularités changent la question du tout au tout. Pour retirer de la radiothérapie un effet utile, il est de toute nécessité que les radiations puissent, en premier lieu, porter leur action aussi directement et aussi immédiatement que possible sur la néoplasie dans toutes ses parties, et en second lieu que la dose administrée soit suffisante et pour chaque application et pour l'ensemble des applications. Or, si ces conditions sont réalisables pour le premier cas envisagé, elles ne le sont plus pour les autres et la radiothérapie n'y a qu'une action éphémère, si tant est qu'elle en ait une. B. a traité de nombreux épithéliomas cutanés par la radiothérapie ; il n'a noté que très rarement des récidives ou des insuccès. Les récidives se sont montrées dans deux conditions différentes : ou bien dans les épithéliomes qui avaient présenté trop rapidement les apparences d'une guérison parfaite et chez lesquels les doses de rayons X avaient été insuffisantes et, par suite, incapables de produire un effet durable ; ou bien la néoplasie cutanée masquait une partie profonde peu accessible ou complètement inaccessible aux radiations, la portion cutanée suffisamment influencée guérissait, tandis que la partie profonde, qui ne recevait qu'une quantité trop faible continuait son évolution. Quant aux insuccès, il est fort probable qu'ils étaient dus à ce fait que la variété traitée était tout aussi réfractaire à l'action des rayons X qu'à toute autre méthode thérapeutique. Bref, la radiothérapie constitue selon B. la méthode de choix dans le traitement de la plupart des épithéliomas cutanés. Dans ceux des paupières en particulier, elle est, comme méthode conservatrice des mouvements, bien supérieure à toute autre méthode, y compris les autoplasties. M. D.

A. CEDERCRENTZ : **Topographie de l'épithélium pavimenteux dans l'urèthre normal et pathologique de l'homme.** (*Arch. f. Derm. u. Syph.*, t. LXXIX, p. 40.) — Zilliacus a indiqué une méthode permettant

de reconnaître à l'œil nu l'épithélium cylindrique et le pavimenteux. Avec cette méthode, C. a vu que, dans tous les cas, des îlots d'épithélium pavimenteux persistaient dans la partie postérieure de l'urèthre caverneux, et au niveau du bulbe. Il est donc probable que la métaplasie pavimenteuse constatée dans l'uréthrite chronique a pour amorce les îlots. C. A.

J. Csillag : **Sur l'épithélioma adénoïde kystique (Brooke) (tricho-épithélioma multiplex papulosum de Jarisch).** (*Arch. f. Derm. u. Syph.*, t. LXXX, p. 163.) — A propos de 2 cas personnels (mère et fille) : *Conclusion* : la lésion part assurément de l'épithélium de recouvrement, et aussi de la face externe des gaines folliculaires, et encore de cellules épithéliales non différenciées agglomérées en petites tumeurs. Les kystes proviennent soit d'une dégénérescence colloïde des cellules du néoplasme, soit de rétention dans les follicules. Les gaines miliaires sont des kystes de rétention. C. A.

W. S. Fox : **Recherches sur l'origine et la structure des grains de beauté et leurs rapports avec la malignité**(*B. J., D.*, 1906, p. 1, 47, 83.) — F. entend par grains de beauté (moles) tous les nævi, sauf les vasculaires et les dermoïdes. Les nævi durs et mous sont de beaucoup les plus communs. Les nævi géants ne sont que de très grands nævi mous. Les nævi linéaires ont une origine assez diversement interprétée. Les nævi mollusciformes sont des nævi mous devenus œdémateux par constriction de la base. On rencontre tous ces nævi, d'abord à la face, sur la ligne médiane du corps, souvent sur spina bifida au niveau des fentes embryonnaires. Ils accompagnent souvent d'autres difformités ; les idiots, épileptiques, hydrocéphales, en sont souvent atteints ; l'hérédité est fréquente. Une même personne peut avoir les nævi vasculaires et pigmentaires. Fox croit à l'origine épidermique des cellules à nævus. Le nævus dériverait d'un simple défaut de soudure embryonnaire, sans rôle actif des cellules. L'histologie, fort étudiée, porte l'A. à croire que l'origine épidermique des cellules se rencontre dans les nævi à colonnes cellulaires typiques. Certains nævi mous, plus rares, montrent une disposition cellulaire atypique ; leur origine est incertaine. Peut-être proviennent-ils du mésoblaste. La plupart des nævo-mélanomes sont des nævo-carcinomes. Les mélanomes naissent absolument en dehors des nævi. L'histologie du nævo-mélanome ne confirme pas les théories de Cohnheim sur l'origine des tumeurs malignes. La malignité des nævi est indépendante de leur cause, le pigment paraît être en relation intime avec la cause originelle. Nombreuses phototypies cliniques et histologiques. Bibliographie très étendue. J. M.

Hartzell : **Maladie de Paget.** (*Journ. of cut. Dis.*, juillet 1906, p. 289.) — 1er Cas. — F. 53 ans, début 13 mois, plaque circulaire grande comme un dollar, bien limitée, rouge brillant, un peu croûteuse, occupant le sein et l'aréole, une grande partie du sein ayant été

détruite. 61 séances de 10 à 15 minutes, à intervalles variant d'un jour à une semaine (moyenne de 3 jours),avec périodes de suspension complète de traitement variant de quelques semaines à quelques mois, par suite de l'excès de susceptibilité de la peau aux rayons X. 2e Cas. — F. 60 ans, plaque croûteuse allongée, bords un peu élevés,irrégulièrement polycycliques couvrant l'aréole du sein droit, le sein est complètement détruit, laisse à sa place une rétraction marquée. La maladie a débuté 3 ans auparavant par une excoriation du sein; après des alternatives de mieux et de pire, l'aréole a été graduellement prise. Prurit intense, mais pas de douleur. Traitement par rayons X. Guérison, le traitement peut amener une guérison complète et définitive de la maladie de l'aréole et du sein, mais il aurait peu d'action sur la prolifération épithéliale dans les canaux et les alvéoles de la glande mammaire ; si la maladie de Paget débute seulement par l'aréole et la surface du sein, les canaux et la glande n'étant pris que longtemps après, le traitement prolongé par les rayons X peut amener une guérison définitive : mais si les canaux et la glande sont pris dès le début, l'intervention chirurgicale s'impose.
J. M.

Mac Leod : **Epithélioma développé sur cicatrice par rayons X dans un cas de lupus vulgaire.** (*B. J. D.* 1906, p. 104.) — F.,34 ans, lupus vulgaire de la face depuis l'enfance. Traitement Roentgen ; une grande cicatrice consécutive occupant la moitié inférieure de la face et s'étendant jusqu'à la naissance du cou. Le lupus continuant à évoluer en certains points. Traitement Finsen ; amélioration. Récidive au bout de deux ans, nouveau traitement Finsen. L'année suivante,plaque rouge brunâtre au niveau du col de la robe.Epiderme squameux, verruqueux. Infiltration granulomateuse.Ablation.Examen histologique : cicatrice de brulûres, épithéliome au centre de la coupe, plasmazellen et fibro-blastes probablement d'origine tuberculeuse sur les bords de l'épithéliome. L'irritation peut être due à la poussée tuberculeuse sous-jacente,au frottement du col,ou à ces deux deux causes réunies. J. M.

Schlasberg : **Sur le traitement des épithéliomes cutanés par la photothérapie (Finsen).** (*Arch. f. Derm. u. Syph.*, t. LXXVIII, p. 163.) — Le traitement des épithéliomes cutanés par la lumière peut donner de bons résultats, si on les gratte, s'ils ne sont ni trop étendus, ni infiltrés, ni profonds. Il ne semble pas que la structure histologique des épithéliomes exerce une influence sur l'action de la lumière. C. A.

Vignolo-Lutati : **Sur un cas rare de maladie de Paget.** (*Mon. f. pr. Derm.*, 1906, XLII, nº 6, p. 253.) — F. 70 ans. Rhagades au sein gauche pendant le nourrissage de ses enfants. Il y a deux ans, ulcère croûteux, saignant assez abondamment au milieu du front, traité par la méthode Czerny-Trunecek. L'an dernier, éruption généralisée vésiculeuse, avec prurit. La femme est artérioscléreuse. Au dé-

but de 1885, plaque rougeâtre sur le sein gauche, douloureuse, prurigineuse, qui s'étendit lentement à toute l'aréole. Ablation. Nouvelle plaque près de la cicatrice, rouge, à bords surélevés. Pas d'érythème circonvoisin. La plaque est ulcérée, croûteuse, saignant facilement par endroits, ou suintant en d'autres. La maladie envahit la poitrine et le dos, toute l'aisselle. Mauvais état général. A noter que la période d'état, eczématique, dura plus de 20 ans. Examen histologique. Tout l'épiderme malade est épaissi, et présente dans la couche de Malpighi, disséminée entre la couche épineuse et la couche basale, de nombreux éléments, vacuoles à corpuscules arrondis, bord réfringents présentant plusieurs couches concentriques, pseudococcidies, des cellules dyskératosiques, de l'œdème cellulaire. Infiltration du derme ; ni vacuoles, ni œdème. Disparition des fibres élastiques. Plasmazellen. Dilatation des vaisseaux papillaires. Les fibres des nerfs superficiels et sous-papillaires sont atrophiées ; parfois, elles ont disparu par sclérose de l'endonerve, suite de la périnévrite et de la névrite interstitielle. Les fibres du plexus profond sont amincies, avec abondant tissu conjonctif interfasciculaire ; leur aspect est granuleux, le périnerve est épaissi, le tissu nerveux atrophié, les corpuscules de Meissner le sont aussi. La maladie de Paget n'est qu'un processus inflammatoire chronique vulgaire de la peau. Les auteurs n'admettent pas la nature parasitaire des coccidies. La maladie serait une dyskératose de l'épiderme avec troubles nerveux, peut-être liés eux-mêmes à une auto-intoxication. Les lésions débuteraient par les troncs nerveux profonds, ce qui expliquerait la lenteur de l'évolution. Le plexus superficiel se prendrait par continuité, et par irritation externe provoquant l'inflammation chronique du derme. La dystrophie est proportionnelle à l'intensité des lésions nerveuses. Elle expliquerait la différence de résistance du stade précancéreux à l'épithéliomatose confirmée. On peut aussi invoquer une dystrophie congénitale spéciale de l'épiderme restant latent jusqu'à explosion soudaine pour raisons inconnues. L'épiderme serait alors le premier pris. Enfin, on peut admettre des irritations extérieures successives (rhagades) provoquant des dermites superficielles intéressant le plexus nerveux superficiel entraînant par continuité la périnévrite et la névrite du plexus profond. Les dégénérescences épidermiques seraient alors secondaires au processus épidermique. La difficulté de l'examen histologique des nerfs cutanés ne permet pas de trancher la question en faveur de l'une ou l'autre de ces hypothèses. J. M.

KÉRATOSES

CURL : **Cas de kératose folliculaire.** (*Journ. of. cut. Dis.*, sept. 1905, p. 403.) — Nègre, 28 ans, sans antécédents. Début il y a 11 mois par les côtés du nez ; la maladie a continuellement progressé depuis. Les mains sont peu prises. A la face, le dessus des sourcils et du nez, les joues près du nez, les lèvres, le menton, sont pris. Dans la région

nasale, amas durs, cornés de 1 /16 à 1 /8 de pouce de diamètre, dépassant souvent le niveau des follicules de 1 /8 de pouce. Enlevés, ils laissent des dépressions cratériformes profondes, rouges, béantes, si étroitement serrées qu'on peut en exprimer beaucoup. Le nez a l'air semé de rayons de miel. Mêmes dimensions aux joues, lèvres, menton, mais les amas sont plus mous ; toute la région est couverte d'une croûte. Lésions moins avancées aux oreilles et sur le haut du cou. Pigmentation brune des régions le plus atteintes. Curettage à la cuiller mousse avec compression. Amélioration. J. M.

GAUCHER et MILIAN : **Kératose palmaire et plantaire symétrique congénitale. Malformations multiples.** (*Bul. Soc. Franc. Derm. et Syph.*, juillet 1905.) — Homme de 33 ans. Depuis l'âge de 3 ans, kératose des régions palmaires et plantaires ; à leur niveau, la peau est rouge couverte de végétations kératosiques épaisses séparées par des fissures. Les ongles des mains, très altérés, sont le siège de déformations variées ; aux pieds il n'existe aucun ongle. Quelques placards de kératose isolés sur les membres inférieurs et le tronc. La peau est sèche, d'apparence sale et présente en certains points des régions pigmentées avec surfaces décolorées. Les poils sont très peu abondants. Le cuir chevelu, absolument glabre, présente des comédons abondants et des kystes sudoripares que l'on retrouve aussi sur le tronc. Lèvres fendillées, leucoplasie non végétante de toute la face interne de la joue droite. Langue scrotale. Déformation du squelette des mains qui sont en griffe véritable. Hyperesthésie cutanée ; réflexes abdominaux, achilléens et rotuliens très exagérés. Rétrécissement pulmonaire probable. M. D.

SAMBERGER : **Pathologie des hyperkératoses. Keratosis folliculaire.** (*Arch. f. Dermat. u. Syph.*) — La maladie décrite par Morrow et Brooke est tout à fait distincte de la maladie de Darier ; elle est caractérisée par des efflorescences cornées, noirâtres, en forme de comédons, dispersés sur une peau sèche, squameuse, etc. L'affection est constituée par une hyperproduction et une hypercohésion de squames cornées ; cette hyperkératose n'est pas exclusivement péripilaire. On doit donc l'appeler : keratosis pseudo-folliculaire ; en effet, non seulement la localisation folliculaire peut faire défaut, mais encore, il faut la considérer comme secondaire. C. A.

SELENEW: **Exsudations et kératoses.** (*Derm. Zeitsch.*, 1905, p. 570.) — Important travail dont voici les conclusions: Les kératoses exsudatives, symétriques et générales montrent manifestement la participation des systèmes nerveux et vasculaire (mitral) dans l'étiologie des kératoses. Il peut souvent survenir un exsudat libre sur la surface cutanée, comme le démontre l'examen histologique (hyperhémie, œdème dermique, œdème de la couche de Malpighi, dégénérescence vacuolaire, écartement entre les vaisseaux papillaires et le revêtement cutané externe). La formation des bulles érythématoïdes,

pemphigoïdes,dans l'ichthyose et le pemphigus (foliacé et végétant) se fait de la même façon dans les différentes couches de l'épiderme (couche cornée, réseau de Malpighi) et même entre le réseau de Malpighi et le derme. La séparation de l'épiderme sur une vaste étendue dépend dans le pemphigus foliacé du défaut d'adhérence, de fixation des différentes couches de l'épiderme à différentes hauteurs, par l'exsudat, mais ne reste pas localisée exclusivement au stratum lucidum. On peut observer la même séparation dans toutes les exsudations étendues (ichthyose, hystrix bulleuse, érythèmes, pemphigus). Les kératoses exsudatives (pemphigus foliacé) peuvent se transformer en K. sèches et donner des amas cornés ichthyosiformes. L'importance du processus exsudatif est généralisée par la possibilité de la formation de bulles dans la couche de Malpighi, dans l'ichthyose et dans le pemphigus (p. foliacé et végétant) on observe l'hypertrophie de la couche papillaire aussi bien dans le pemphigus foliacé que dans le pemphigus végétant, avec pourtant cette différence que dans ce dernier elle forme des proliférations verruciformes et peut être démontrée par l'histologie même où la clinique ne les constate pas. L'éosinophilie n'est pas la règle dans le pemphigus foliacé. Le pouvoir d'assimilation de l'azote ne se différencie pas chez les individus atteints de pemphigus foliacé de celui que l'on rencontre chez les individus sains. Dans la dermatite exfoliatrice, on note : de la parakératose, de l'atrophie des papilles et de la couche de Malpighi, et un faible œdème du derme et de l'épiderme. Dans le psoriasis on a observé : la même exsudation (psoriasis madidans), la formation de croûtes (ps. croûteux, ecthyémateux, avoïde), la prolifération des papilles (ps. végétant), les productions cornées (ps. corné). Enfin l'érythème exsudatif peut devenir ichthyosique (érythème ichthyosiforme) avec atrophie de la peau (atrophia poropathica cutis). Neuf planches et une courbe de température accompagnent ce travail qui mérite d'être lu dans l'original. J. M.

NEUROFIBROMATOSE

DEPAGE : **Un cas de neurofibromatose généralisée. (Maladie de Recklinghausen)**, (Société clinique des hôpitaux de Bruxelles, 10 décembre 1904, in *Journal médical de Bruxelles*, 1904, p. 695.) — Homme de 37 ans, présentant de nombreuses petites tumeurs, quelques tumeurs de grandes dimensions nécessitant l'ablation chirurgicale, et des taches pigmentaires. Les tumeurs sont plus ou moins douloureuses à la pression. Contrairement à ce que l'on observe généralement dans la neurofibromatose, l'intelligence est ici parfaitement conservée ; la seule tare nerveuse consiste en quelques rares attaques d'épilepsie. M. D.

ODDO : **Maladie de Recklinghausen.** (*Marseille médical*, 1er juin 1905.) — O. après avoir donné une vue d'ensemble détaillée des

divers points que soulève l'étude de la neurofibromatose, en relate deux observations nouvelles. Dans ces deux cas, on retrouve les divers symptômes de l'affection. De plus, chez les deux malades, il existe, contrairement à la règle habituelle, des taches pigmentaires de la muqueuse buccale, c'est-à-dire des taches pigmentaires caractéristiques de la maladie d'Addison. Quelle peut être l'explication de ce fait intéressant? On peut faire à ce sujet trois hypothèses et admettre : ou l'origine surrénale de la neurofibromatose, ou la coïncidence des deux affections, ou l'existence de neurofibromes au niveau du plexus solaire. Etant donné que, chez les deux malades, les signes d'insuffisance capsulaire proprement dits faisant défaut; étant donné d'autre part que, chez les Addisoniens, la pigmentation est fonction de lésions du plexus solaire et non de celles des capsules surrénales, l'auteur tend à admettre que l'existence d'une fibromatose solaire expliquerait mieux que toute autre hypothèse les troubles pigmentaires relevés dans ses observations. Quoi qu'il en soit, il existe des relations indéniables, dans certains cas, entre la neurofibromatose et la maladie d'Addison. M. D.

J. Pollak : **Les atrophies dans la neurofibromatose.** (*Arch. f. Derm. u. Syph.*, t. LXXVIII, p. 91.) — Sur un homme de 21 ans, atteint de neurofibromatose à plaques multiples, on note un grand nombre de taches atrophiques et blanches ou blanc bleuâtre, dépigmentées. L'examen histologique a montré qu'au niveau de ces taches leucodermiques qui, cliniquement, paraissaient purement atrophiques, on trouvait du tissu néoplasique. C. A.

Spillmann et Blum : **A propos de trois cas de neurofibromatose.** (Société de médecine de Nancy, 1904, 27 juillet, in *Revue médicale de l'Est*, 1904, p. 767.) — Dans l'obs. I, il existait des nævi pigmentaires multiples et une tumeur unique située au devant de l'épaule gauche et brusquement apparue après un effort ; anesthésie d'une partie du bras, de l'avant-bras et de la main, diminution considérable de la face musculaire, abolition des réflexes. Dans l'obs. II, on note de nombreux fibromes et pas de taches pigmentaires, mais quelques nævi vasculaires, de la diminution de la force musculaire, de l'exagération des réflexes patellaires, des tremblements fibrillaires au niveau des pectoraux. Le malade qui fait l'objet de l'obs. III présente de très nombreuses tumeurs et des troubles pigmentaires multiples, des troubles sensitifs et des troubles psychiques. On note de plus chez lui une cyphose cervico-dorsale, une sclérose à concavité gauche et un léger genu valgum droit. On a déjà signalé des déformations osseuses dans la neurofibromatose. Dans le cas actuel les auteurs croient que ces déformations sont d'origine rachitique et qu'elles n'ont rien à voir avec le syndrome de Recklinghausen. M. D.

THÉRAPEUTIQUE, PRESCRIPTIONS ET FORMULES

Traitement du chancre mou par le chlorure de zinc

(BERTOLI)

M. le docteur P. Bertoli, de Crémone, obtient les meilleurs résultats en traitant le chancre mou par le chlorure de zinc :

Il enduit, tout d'abord, le chancre, avec de la vaseline neutre, et cela pendant un temps suffisant pour bien le déterger ; il le lave ensuite, avec de l'eau bouillie, puis le recouvre d'une compresse de gaze hydrophile imbibée d'une solution de chlorure de zinc à 5 %. Cette application est un peu douloureuse, mais, au bout d'une dizaine de jours, ou d'une quinzaine, si le chancre s'accompagne d'adénite, la guérison est obtenue. (*Sem. méd.*, 30 octobre 1907.)

Moyens employés pour enlever les taches de permanganate de potasse ou de chaux

Elles sont enlevées par :

Eau oxygénée ;

Solution d'acide oxalique ;

Solution de bisulfite de soude.

Le premier moyen est meilleur, le dernier plus économique.

Pour enlever les taches d'acide picrique.

Elles sont enlevées en ajoutant largement du borax à l'eau de lavage.

On peut aussi employer les sels de lithium, mais ils coûtent trente fois plus cher que le borate de soude. (*Journ. médical de Bruxelles*, 31 octobre 1907.)

Guérison définitive de l'hypéridrose palmaire par les rayons de Rœntgen.

(KROMAYER)

En examinant les mains des sujets ayant depuis plusieurs années manié les rayons X, on est frappé de la sécheresse de la peau, due à une atrophie plus ou moins marquée des glandes sudoripares.

Pour obtenir la guérison de l'hypéridrose palmaire, il est nécessaire d'employer un dosage élevé et de provoquer une dermatite au premier degré. L'auteur indique un procédé technique permettant de doser exactement les rayons utilisés.

Contrairement à ce qui se passe avec la papille pilaire, la glande sudoripare peut être mise dans un état d'atrophie partiel ou total avant que le reste de la peau ne subisse des modifications définitives. (*Berl. klin. Woch.*, 16 déc. 1907 et *Rev. de thér. méd. chir.* page 30, 1908.)

Traitement de l'orchite blennorragique

(PANICHI).

L'auteur pratique des injections de quelques centimètres cubes de la solution suivante :

Acide picrique.......	10 à 20 cgr.
Laudanum..........	8 à 10 gr.
Glycérine...........	5 gr.
Eau distillée........	300 gr.

On administre en même temps des balsamiques et un bain très chaud prolongé après l'injection ; le bain doit être donné deux fois par jour; on augmente progressivement sa température jusqu'à 48°, quelquefois 54°.

Le quatrième jour on fait une injection de permanganate à 1 pour 2000,et deux injections de la solution astringente de Ricord.

14 cas traités par cette méthode ont guéri en cinq à seize jours. (*Clinica moderna*, année XII et *Rev. di thér. médico-chirurgicale*, p. 31, 1908.

Formules de pilules mercurielles.

Comme substance active, on pourra s'en tenir aux sels classiques : bichlorure à la dose moyenne de 2 à 3 centigrammes par jour,à raison d'un centigramme par pilule ; protoiodure à la dose moyenne de 5 à 15 centigrammes par jour, à raison de 5 centigrammes par pilule.

Comme substances adjuvantes, on

aura recours à l'extrait thébaïque, à l'extrait mou de quinquina, à la poudre d'opium brut, à l'extrait de gaïac, à la poudre de gentiane, qui augmenteront la tolérance du tube digestif à l'endroit des préparations mercurielles. Mais ces substances sont précisément celles qui, sous l'influence de la dessiccation, durcissent et transforment les pilules en petits blocs tout à fait insolubles qu'on retrouve inattaqués dans les fèces. Il convient donc de toute nécessité de les associer à une substance hydrophile qui entretienne les pilules en un état de mollesse, d'hygrométrie favorable à leur dissolution ultérieure ; encore faut-il que cette hydrophilie ne soit pas telle que les masses pilulaires entrent spontanément en déliquescence. Ricord employait à cet effet la conserve de roses ; il est plus simple et plus efficace d'employer simplement la glycérine. Cette addition aura le double avantage : 1° d'empêcher le durcissement ; 2° de permettre à un pharmacien consciencieux une répartition beaucoup plus homogène de la substance active dans la masse, c'est-à-dire de lutter précisément contre les deux écueils de l'administration pilulaire.

Ces notions étant présentes à l'esprit, on pourra formuler :

Pilules de Dupuytren modifiées :

Bichlorure de mercure..	0 gr. 01
Extrait d'opium........	0 gr. 02
Extrait de gaïac........	0 gr. 04

Glycérine. Q. S. pour agglomérer.

F. s. a. pour une pilule ; en faire 60 semblables.

Ou :

Bichlorure de mercure. / Extrait thébaïque....	ââ 0 gr. 01
Poudre de gentiane.....	0 gr. 05

Glycérine. Q. S. pour agglomérer.

Ou

Bichlorure de mercure. / Extrait thébaïque....	ââ 0 gr. 01
Extrait mou de quinquina	0 gr. 05

Glycérine. Q. S. pour agglomérer.

F. s. a. pour une pilule ; en faire 60 semblables.

Ou pilules de Ricord modifiées :

Protoiodure d'hydrargyre.	0 gr. 05
Extrait thébaïque.......	0 gr. 02
Conserve de roses.......	0 gr. 10

F. s. a. pour une pilule ; en faire 60 semblables.

Ou pilules de Danlos.

Protoiodure d'hydrargyre............... / Poudre de gentiane...	ââ 0 gr. 05
Poudre d'opium brut...	0 gr. 01

Glycérine. Q. S. pour agglomérer.

F. s. a. pour une pilule n° 60.

Ou

Protoiodure d'hydrargyre..............	0 gr. 05
Extrait thébaïque.....	0 gr. 01
Extrait mou de quinquina..............	0 gr. 05

Glycérine. Q. S. pour agglomérer.

F. s. a. pour une pilule ; en faire 60 semblables.

Toutes ces pilules se prescriront aux doses moyennes quotidiennes de deux à trois à prendre au commencement ou vers la fin du repas. Il pourra être nécessaire en certains cas d'en élever la dose à quatre, voir à cinq ou six si le malade les supporte. (*Presse médicale*, 9 nov. 1907.)

Erreurs de traitement en dermatologie

(DUNCAN BULKLEY.)

La chronicité et la ténacité de certaines affections cutanées sont dues en grande partie à des erreurs de diagnostic et de traitement. Mais l'auteur incrimine surtout les erreurs dans le traitement, qui est trop léger et auquel on n'accorde pas assez d'attention. Le mieux, en présence d'une maladie chronique de la peau, est de commencer par prendre l'observation le plus complètement possible pour n'instituer le traitement que lorsqu'on est bien au courant du caractère de la maladie et des tendances pathologiques du malade. Dans beaucoup de dermatoses, ce sont les fonctions digestives qui sont plus ou moins atteintes, ou bien les malades suivent un régime et une hygiène déplorables pour leur affection cutanée. D'un autre côté, le malade continue à suivre une médication interne alors que celle-ci ne répond plus à aucune indication ou

lorsque les fonctions digestives ou rénales sont en souffrance.

D'autre part,c'est une erreur de ne pas persister dans une voie de traitement le temps suffisant pour obtenir les résultats désirés. C'est une erreur aussi qui est partagée par le malade de supposer que lorsqu'une amélioration a commencé, la nature fera le reste. C'est ce qui arrive très souvent dans le traitement de la syphilis, car les malades s'imaginent facilement que tant qu'ils n'ont pas de manifestations externes, ils n'ont pas besoin de continuer le traitement. Ou bien ils croiront suivre un traitement efficace en suivant un traitement thermal dans une station balnéaire.

On croit très facilement que l'arsenic est bon pour les maladies de la peau et il n'est pas rare de trouver des malades qui n'ont été traités que par l'arsenic, sans égard aux autres prescriptions. La même erreur est commise sur l'emploi de l'iodure de potassium que l'on donne dans l'hypothèse d'une syphilis, faute d'un diagnostic plus précis.

Très souvent, l'élément paludéen passe inaperçu, de sorte qu'on croit avoir affaire à une éruption rebelle qui céderait cependant en traitant la malaria.

Quant au traitement local, il ne faut pas trop en attendre des résultats immédiats. Les malades doivent être instruits exactement sur la manière d'employer un traitement local car le mode d'application a beaucoup d'importance pour le résultat. Souvent le malade a recours à des préparations toutes faites, prônées dans des réclames et se traite ainsi à l'aventure sans aucun succès.

L'auteur signale encore quelques erreurs, par exemple un malade appliquait la bande de caoutchouc sur ses bas parce qu'il trouvait leur application sur la peau peu agréable ; il signale aussi l'abus des applications de nitrate d'argent sur des lésions buccales qui, de légères, peuvent devenir plus sérieuses. Enfin il vaut mieux connaître à fond un petit nombre de traitements pour bien les appliquer que de se servir d'un grand nombre de médicaments dont on connaît mal les propriétés. (*The Ther. Gazette* 15 octobre 1907, *Revue de Thér. méd. chir.* 1908, p. 822.)

Traitement du prurit cutané par des cautérisations avec une solution de potasse caustique.

(Kromayer.)

Le prurit essentiel, rebelle à la plupart des topiques, ne résiste pour ainsi dire jamais à quelques séances, de radiothérapie, mais il n'est pas toujours commode de soumettre les malades à ce traitement ; dans ce cas on peut essayer avec avantage les applications médicamenteuses. A ce titre nous signalerons que M. le professeur E. Kromayer, dermatologiste de l'hôpital de l'Est, à Berlin, a eu recours à un nouveau moyen thérapeutique qu'il juge très efficace en ce qu'il s'adresserait à la cause même de l'affection. En appliquant sur la peau prurigineuse une solution de potasse caustique à 15 % et en lavant rapidement à l'eau pure, on voit apparaître au bout de quelques secondes de petites saillies, ayant le volume d'une tête d'épingle, remplies de liquide et semblables à des grains de sagou. Ce serait là, d'après M. Kromayer, la preuve qu'il existe dans la peau de petites vésicules séreuses, et la potasse en ramollissant l'épiderme, leur permettrait de se faire jour à l'extérieur. Or, la présence de ces petites vésicules serait la cause même du prurit et leur ouverture amènerait la guérison. Voici le *modus faciendi* de notre confrère allemand :

Un petit tampon de ouate imbibée de solution de potasse caustique à 15 % est appliqué sur la région atteinte pendant quatre ou cinq secondes si l'épiderme est fragile et pendant une minute ou même davantage quand il est épaissi ; puis on pratique aussitôt après un lavage à l'eau pour enlever toute trace de l'alcali. Cette application ne doit être faite naturellement que sur un épiderme intact et jamais sur des parties ezcémateuses, enflammées ou suintantes, ni sur des régions excoriées ni, à plus forte raison, sur les muqueuses. Il faudra donc, s'il y à lieu, traiter au préalable l'inflammation cutanée ou les lésions superficielles et attendre leur guérison avant de procéder à la cautérisation.

Le lavage à l'eau suffit en général pour faire disparaître la douleur consécutive à la cautérisation ; il

survient souvent de petites ulcérations superficielles qui guérissent rapidement par l'application de compresses humides ou de pommades.

M. Kromayer a traité de la sorte plus de 160 malades atteints de prurit plus ou moins invétéré et remontant parfois même à dix ans, et s'il n'a pas dans tous les cas obtenu la guérison complète, du moins il a toujours vu survenir une amélioration d'assez longue durée. Quelquefois une seule cautérisation suffit pour faire disparaître les démangeaisons ; c'est ainsi qu'un médecin qui souffrait d'un prurit intense à la région dorsale depuis une dizaine d'années n'a plus éprouvé de démangeaisons à la suite d'une application unique de lessive de potasse et il y a déjà de cela dix-huit mois. Mais le plus souvent il faut répéter la cautérisation après une ou plusieurs périodes d'accalmie.

Il va sans dire que rien n'empêche de combiner au besoin ces cautérisations, avec la radiothérapie ; c'est ce que M. Kromayer a fait avec succès, en suivant les préceptes qu'il a déjà formulés pour le traitement de l'hyperidrose (*Semaine Médicale*, 15 janvier 1908, p. 11).

Action hygiénique et curative des bains.

(Carlo Colombo.)

Dans son rapport officiel, le professeur Carlo Colombo, après avoir rappelé le rôle important de suppléance que joue la peau vis-à-vis des reins pour l'élimination des substances toxiques, expose les conclusions suivantes. Il y a deux catégories de moyens pour stimuler la fonction éliminatrice cutanée en réactivant la circulation périphérique, à savoir les stimulants *directs* et les stimulants *indirects*. Les stimulants directs comprennent toutes les formes de bains *chauds*, qu'on ait recours à l'eau, à la vapeur, à l'air chaud. La chaleur dilate le réseau vasculaire périphérique, augmente l'afflux sanguin vers la peau et les glandes sudoripares et provoque une sudation abondante. L'action fondamentale de ces bains sur la circulation est d'abaisser la tension sanguine et d'activer sans secousses la circulation, la respiration et les phénomènes métaboliques de nutrition.

Les stimulants indirects sont constitués par toutes les pratiques hydrothérapiques *froides*, telles que bains et immersions dans la mer, dans les cours d'eau, les piscines, les baquets, ou encore que les diverses formes de douches ou d'aspersion, etc. La stimulation froide produit une constriction plus ou moins grande du réseau vasculaire périphérique et cutané. A cette constriction, succède chez les individus jeunes et vigoureux ou chez ceux qui sont entraînés à ces pratiques une réaction plus ou moins rapide avec vaso-dilatation périphérique, afflux plus actif du sang vers la peau et fonctionnement plus intense des glandes sudoripares. Ces phénomènes s'accompagnent d'une excitation violente de toute la circulation de la respiration, de la nutrition et des échanges organiques ; il s'y ajoute constamment une excitation correspondante du système nerveux.

Le premier stade s'accompagne d'une forte élévation de la pression sanguine et qui dure plus ou moins longtemps selon que la réaction se produit plus ou moins vite. Cette dernière peut tarder beaucoup à apparaître ou même manquer complètement et, dans ce dernier cas, le fonctionnement de la peau n'a pas lieu.

Il résulte de ce qui précède que les pratiques balnéaires chaudes sont indiquées chez les personnes faibles avancées en âge, à réaction circulatoire peu intense ; on les utilisera encore lorsqu'on craint de provoquer une trop grande élévation de la pression sanguine, chez les artérioscléreux par exemple, ou si l'on veut éviter d'exciter trop violemment le système nerveux. Elles sont indiquées enfin lorsqu'il existe une insuffisance rénale qui peut faire songer à une artério-sclérose en voie d'évolution.

Les formes balnéaires froides sont au contraire indiquées chez tous les individus jeunes, à artères souples, dont le cœur est solide et chez qui la réaction est rapide. On n'aura pas non plus à craindre chez eux de surexciter le système nerveux ni de surélever la tension sanguine.

Entre les limites extrêmes de ces deux indications, le sens clinique du

médecin lui permettra de choisir, pour les individus qui n'appartiennent complètement ni à l'un ni à l'autre des deux groupements schématiques, les formes intermédiaires de balnéation s'appliquant à leur tempérament. Tels sont les bains tièdes, à température graduellement refroidie, les douches écossaises. (*Cong. int. de Berlin*, *Gaz. des hôp.*, p. 1483, 1907.)

Un nouveau pansement des brûlures.

(PLANTIER.)

Pour faire face aux deux principales indications du traitement des brûlures ; (1° mettre la plaie à l'abri de l'air ; 2° préserver la surface désepidermisée de la suppuration), M. le Dr Plantier, d'Annonay, a imaginé le pansement à la levure de bière. Avec cette levure, ou au besoin avec de la levure de grains, il fait une bouillie tiède, pâteuse, dont il imprègne des feuilles de tarlatane. Celles-ci sont appliquées sur la plaie en nappe et par des tours de bande également imprégnée comme dans la manipulation d'un bandage au silicate ; en évitant, cela se conçoit, les tours de bande *faisant corde* ou lien constricteur. Ce pansement, qui doit être renouvelé au moins tous les deux jours, offrirait l'avantage de soulager, de donner rapidement de la cicatrisation à tissu souple et enfin de prévenir les phénomènes septiques. (*L'Echo de la Méd.* 15 nov. 1907.)

Le soufre colloïdal.

(JOSEPH.)

Le soufre colloïdal est une poudre gris blanchâtre, se dissolvant dans l'eau : la solution doit toujours être préparée au moment de s'en servir. La teneur en soufre est de 80 p. 100, la réaction est neutre ; les acides précipitent le soufre dans les solutions.

Les avantages du soufre rendu soluble sont indéniables. Les solutions, les pommades et les émulsions à 10 p. 100 sont spécialement à recommander et trouvent leur indication dans tous les cas où le soufre est d'usage courant. Dans la séborrhée du visage, on peut plusieurs fois par jour faire des lavages avec une solution aqueuse de 2 à 5 p. 100, et dans l'acné indurée de la face on utilisera avec succès la prescription suivante :

Soufre colloïdal...........	10 gr.
Pâte salicylique de Lassarad	100 gr.

Us. ext. A appliquer le soir sur les parties malades, recouvrir d'ouate et d'un masque de toile mince. Le lendemain, lavage à l'eau chaude puis au savon à 10 p. 100 de soufre colloïdal.

Le produit ne provoque jamais de conjonctivite.

Pour l'acné du dos, on emploiera de préférence :

Soufre colloïdal......	50	parties
Eau distillée........	350	—
Savon mou de potasse	150	—

Us. ext.

Les réactions inflammatoires éventuelles seront combattues par la vaseline boriquée.

Ce savon sera aussi indiqué dans l'alopécie pityroïde, pour combattre l'hyperkératose des gaines pilaires ; on peut aussi employer dans ces cas une solution aqueuse de soufre colloïdal à 10 p. 100. Le lavage sera employé le matin, et la pommade le soir. (*Derm. Zentralblatt*, 1907 et *Rev. de Th. méd.-chir.* p. 858, 1907.)

Traitement de la furonculose blépharo-ciliaire par la « Pierre divine ».

(SABOURAUD.)

Le dernier article que j'ai consacré à la prophylaxie des furonculoses à répétition, par les bains de sulfate de zinc au 1/100e, m'a remis en mémoire un médicament d'autrefois, bien à tort oublié de tous aujourd'hui : la *Pierre divine*. Et j'en dois aussi dire quelques mots.

Je ne sais si le Codex, dont on prépare une édition nouvelle, comprendra encore ce topique, dû à quelque vieil alchimiste, mais ce serait dommage qu'il disparût.

La Pierre divine est un corps solide, obtenu par fusion, d'aspect cristallin, de couleur bleuâtre. On s'en est servi de mille façons au temps de sa célébrité ; en crayons pour les cautérisations directes des

aphtes, des vésicules d'herpès, des plaies chancreuses, des ulcères de jambe, en solutions pour les plaies en collyres dans le traitement des conjonctivites, etc.

A bien considérer la formule de la Pierre divine, c'est, sous une forme à peine différente, l'*Eau d'Alibour*, autre création des vieux thérapeutes, dont j'ai ressuscité l'usage en dermatologie il y a dix ans.

Mais elle comprend un seul sulfate au lieu des deux sulfates que contient l'eau d'Alibour et que contient aussi la liqueur de Villate des vétérinaires.

C'est un mélange à parties égales de sulfate de cuivre, d'alun qui est un astringent et de nitrate de potasse dont le rôle paraît être de mitiger l'action du sulfate de cuivre, quand on se sert de la Pierre divine en crayons. Le tout est additionné d'un peu de camphre. Au total voici sa formule :

Nitrate de potasse...	ââ	100 gr.
Sulfate de cuivre.....		
Alun................		
Camphre.............		5 gr.

La Pierre divine est soluble dans l'eau, faites-en une solution au 1/200 par exemple :

Pierre divine...........	1 gr.
Eau de rose...........	200 —

Vous aurez un liquide excellent pour enrayer les orgelets à répétition qui constituent l'une des éruptions furonculeuses les plus agaçantes, les plus douloureuses et les plus tenaces qui soient.

Vous connaissez bien cela : un jour survient, en un point du bord ciliaire, un petit point rouge, saillant, qui est, comme on dit, *exquisement* douloureux. Trois jours après tumeur, rougeur, douleur, chaleur, tout a augmenté, un point blanc se montre ; le petit furoncle s'ouvre et éliminera un séquestre conjonctif bourbilleux.

Une semaine plus tard, et quand tous les phénomènes, du premier orgelet se sont amendés, voici un second qui paraît et puis d'autres encore indéfiniment.

Quelquefois c'est deux ou trois abcès furonculeux semblables, qui évoluent à la fois ; tout un chapelet d'abcès miliaires ourlant la paupière.

Ceux qui sont passés par cette affection se rappelleront sa durée, ses apparentes guérisons, ses incessantes récidives, et les innombrables traitements inutilement essayés et l'oxyde de zinc, et le bioxyde rouge ou jaune, et la liqueur de Van Sureten, et l'ichtyol, etc.

Voici le traitement qui me semble de beaucoup préférable. Prenez une pince-bruxelles, ou si vous possédez une pince à épiler, servez-vous en, et épilez sans faute, un par un, et brusquement, parce que c'est moins douloureux, chacun des cils qui montre un orgelet ou même un simple point rouge à son point.

Dites ensuite à votre patient de se laver dix, vingt, trente fois par jour les paupières avec la liqueur précédente. En quelques jours vous verrez l'éruption s'éteindre ; si quelque orgelet nouveau survient, on épilera derechef le cil qui le centre, et on continuera les lavages avec une ténacité égale à celle de la maladie.

Ordinairement tout sera fini en deux ou trois semaines, et si vous revoyez un mois plus tard votre patient, vous lui montrerez que ses cils repoussent comme vous aurez eu bien soin de le lui affirmer d'avance, en dépit de son incrédulité ordinaire.

Avant de terminer ce bref article, je voudrais profiter de cet exemple pour montrer combien la thérapeutique dermatologique est simple et facile quand on veut bien ne pas la compliquer à plaisir.

Un médicament bien manié a vingt emplois similaires et différents: liqueur de Villate, Pierre divine, eau d'Alibour, bains sulfatés, ce sont quatre faces différentes d'une même thérapeutique. Ce sont les mêmes agents actifs dont le mode d'emploi seul est diversifié, mais dont l'action de fond reste pareille.

Avec dix ou quinze médicaments au plus, on pourrait pratiquer la dermatologie, et l'on ferait néanmoins de très utile et efficace thérapeutique. Ici encore *tout est dans la manière*. En se servant de peu d'agents, on les connaît mieux. Avec eux, dès lors, il est plus facile d'arriver dans ses formules à la *nuance* et au *doigté* que l'usage donne au praticien attentif. (*La Clin.*, n° 24 ; 14 juin 1907.)

Traitement de la gale employé à l'hôpital Saint-Louis.

Le traitement comprend deux opérations principales :

1° Décapage et ramollissement de la peau au moyen d'une friction au savon noir (10 minutes) suivie d'un bain chaud (30 minutes) ;

2° « Frotte » de 20 minutes, sur la totalité du corps, avec la pommade d'Helmerich modifiée.

Formule d'été :

Soufre sublimé.......	10 gr.
Carbonate de K pur..	4 gr.
Axonge..............	32 gr.
Eau distilleé.........	4 gr.

Formule d'hiver :

Soufre sublimé.......	10 gr.
Carbonate de K pur..	4 gr.
Axonge..............	31 gr.
Cire blanche.........	1 gr.
Eau distillée.........	4 gr.

Le malade doit conserver cette pommade de 24 à 48 heures. La frotte terminée, il revêt ses effets qui ont passé à l'étuve. Il revient le lendemain prendre un bain d'amidon. Les démangeaisons ne cessent pas tout de suite après le traitement; elles subsistent par suite des érosions produites par les frictions et poussent le malade à réclamer une nouvelle frotte, ce qui n'aurait pour résultat que d'irriter davantage les lésions épidermiques. Le traitement par la frotte détruit, en effet, la totalité des acariens adultes ; tout au plus peut-il exister des œufs indemnes au fond des sillons et la récidive ne peut survenir qu'au bout de trois semaines, durée d'inoculation des œufs d'acariens.

Les malades atteints de gale infectée, les enfants, les vieillards, supportent difficilement la frotte à la pommade d'Helmerich ; on la remplace par :

Axonge............	150 gr.
Soufre..............	30 gr.
Baume du Pérou....	15 gr.

ou encore :

Axonge............	90 gr.
Naphtol β (dissous dans l'alcool)......	10 gr.

Il faut renouveler trois à quatre fois les frictions.

Après avoir été traités, les malades doivent prendre cinq ou six bains d'amidon.

Mais les lésions consécutives au traitement peuvent s'irriter, s'infecter et donner une « dermite postscabieuse » qui guérit par des onctions de vaseline, d'axonge ou mieux

Glycérolé d'amidon........	150
Sous-nitrate de bismuth.	10

(J. Maheu, *La Clin.* 27 sept, 1907, n° 39 et *Bull. sc. pharmacologiques*, juin 1907.)

Traitement des verrues par l'ion magnésium.

(Lebon.)

Lewis Jones et J. M. Flavelle viennent de publier trois observations de malades atteints de verrues et traités par l'électrolyse (1).

Ces observations paraissent démontrer une action spécifique de l'ion magnésium contre les verrues, en particulier contre les verrues multiples.

Si les verrues sont peu nombreuses on peut les traiter isolément au moyen d'une électrode de magnésium métallique recouverte de coton imprégné d'une solution de sulfate de magnésium.

Si elles sont en grand nombre, il est préférable de recouvrir le dos de la main d'un large tampon d'ouate imbibé d'une solution de sulfate de magnésium à environ 3 %, ou encore la main entière dans un bain formé de cette solution et relié au *pôle positif* d'une source de courant continu.

Deux séances au moins paraissent nécessaires pour obtenir la guérison. Ces séances de quinze minutes chacune, pendant lesquelles on fait passer un courant de cinq à huit milliampères, doivent être séparées par un intervalle de huit à dix jours.

L'exfoliation de verrues au moyen de la résorcine, du naphtol camphré, du savon noir, de l'acide salicylique, est un traitement long et qui ne donne pas toujours des résultats parfaits.

La destruction au moyen d'acides forts (acide nitrique, acide chromi-

(1) Traduit du *Medical electrology and radiology* décembre 1906, dans les *Archives d'électricité médicale*, 25 février 1907.

que, acide acétique) est douloureuse. L'emploi du nitrate acide de mercure n'est pas sans danger si les verrues sont nombreuses. Les badigeonnages avec le crayon de nitrate d'argent constituent un moyen inoffensif, mais lent.

Le médecin est donc souvent forcé d'avoir recours à la cautérisation ignée ou à l'extirpation au moyen de la curette.

Le traitement par l'électrolyse préconisé par Lewis Jones offre les avantages de ne faire courir aucun danger aux malades, d'amener une guérison rapide et de n'être point douloureux. (Lebon ; *La Clin.* n° 18 ; 3 mai 1907.)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Maladies des Cheveux.

D. AMENDE. — Die Behandlung der Hypertrichosis. (*Derm. Centr.*, Nr. 6 März 1906.)

ESHNER. — A case of universal congenital atrichia. (*Amer. Journ. of Med. Soc.*, avr. 1905.)

J. GUSZMAN. — Anatomie und Klinik der Monilethrix (Aplasia pilorum intermittens). (*Derm. Zeitschr.*, B. XIII, H 1, Jan. 1906.)

MARCUSE. — Ein Fall von Hypertrichosis sacralis. (*Münch. med. Woch.* 7 févr. 1905.)

C. MALLORY WILLIAMS. — Treatment of hypertrichosis. (*Amer. Journ. of Derm.*, n° 5, June 1905.)

G. PERNET. — X-rayed hairs. (*Derm. Soc. of Gr. Brit. a. Irel.*, nov. 22 nd 1905 ; in : *Brit. Journ. of Derm.*, n° 1, Jan. 1906.)

SAALFELD. — Trichonodosis. (Berl. derm. Gesellsch, 14 nov. 1905 ; in *Derm. Zeitschr.*, B. XIII, H. 2, Febr. 1906.)

WINKELRIED WILLIAMS. — A note on certain appearances of X-Rayed hairs. (*Brit. Journ. of Derm.*, febr. 1906.)

Alopécies. — Pelade.

V. D'AMATO. — La cura preventiva della calvizie precoce. Norme di terapia e di profilassi. (*Boll. Mal. ven. Sif.*, n°s 7-8, Luglio-Agosto 1905.)

BENDER. — Zur Röntgentherapie der Alopecia areata. (*Derm. Zeitschr.* B. XIII, H. 3, März 1906.)

BLASCHKO. — Pseudopelade. (Berlin derm. Gesellsch, 13 Febr. 1906 ; in : *Derm. Zeitschr.*, B. XIII, H. 7, Juli 1906.)

L. BUTTE. — Traitement de l'alopécie atrophiante, variété pseudo-pelade de Brocq. (*Ann. de Thér. D. et S.*, n° 5, 5 mars 1906.)

DANLOS et DEHÉRAIN. — Pelade et vitiligo. (*Berl. Soc. f. D. et. S.*, n° 3, mars 1906.)

DUBREUILH et LEURET. — Alopécie congénitale circonscrite. (*Soc. d'Anat. et de Phys. de Bordeaux*, séance du 25 juin 1906.)

HOWE. — A case of alopecia. (Boston derm. Soc., febr ; in : *Journ. cut. dis.*, June 1906.)

JACQUET. — A propos de la soi-disant épidémie familiale de Briey. (*Bull. Soc. fr. D. et S.*, 1ᵉʳ févr. 1906.)

JACQUET. — A propos de la contagion peladique. (*Bull.Soc. fr. Derm.*, janv. 1906.)

JACQUET. — Pelade par projectiles intracraniens. (*Bul. Soc. fr. D. et S.* nº 3, mars 1906.)

HALLOPEAU. — Sur la contagion de la pelade. (XVᵉ intern. Kongr., V. 19, 26 Apr. 1906, Lisbonne ; in : *Derm. Zeitschr.*, B. XIII, H. 7, Juli 1906.)

W. J. LE FEVRE.—Falling hair : what can we do for it? (*Amér. Journ. of Derm.*, nº 10, nov. 1905.)

MAYER, THEODOR. — Zur Uebertragung der Alopecia areata.(*Dermatol. Ztschr.*, Bd. 13, 1906, H. 1, S. 59-72, 7 fig.)

NOBL. — Eine durch perkutane Applikation von Thallium provozierte, toxische Alopecie bei einem Kaninchen. (Wien. derm. Gesellsch, 7 juni 1905 in : *Arch. f. Derm. u. Syph.*, LXXVIII, B., 1 H. Jan. 1906.)

OCHS.— Alopecia totalis. (Manh. derm. Soc., Dec. 1905 ; in : *Journ. of cut. dis.*, march 1906.)

ORMSBY. — Alopecie cicatricielle innominée (Chicago derm. Soc. ; in : *Journ. of. cut. dis.*, febr. 1906.)

RADCLIFFE CROCKER. Du rôle de la contagion dans l'étiologie de la pelade (XVᵉ Cong. intern. de méd. de Lisbonne, 19-26, avr. 1906 ; in : *Presse méd.* nº 35, 2 mai 1906.)

RADCLIFFE CROCKER. — On contagion as a cause of alopecia areata. (XVᵉ Intern. Kongr. V. 19-26 Apr. 1906, Lisbonne ; in : *Derm. Zeitschr.*, B. XIII, H. 7, Juli 1906.)

ROSCHER.— Alopecia areata. (Berl. derm. Gesellsch. 3 Juli 1906 ; in : *Monatsch. f. prakt. Derm.*, B. 43, nº 2, 15 Juli 1906.)

SABOURAUD.— Les fausses pelades à l'école. (*Clinique*, nº 9, 2 mars 1906).

SUQUET.— Quelques réflexions sur un cas de pelade. Guérison par l'électricité statistique. (*Echo médical des Cévennes*, avril 1904.)

Maladies des Ongles

J. ABADIE.— Mégalonyxie chez un paludéen (déformations des ongles « en verre de montre » sans ostéo-arthropathie hypertrophiante). (*Journ. de méd.*, Bordeaux, nº 32, 6 avril 1905.)

ARQUEMBOURG et MINET. — Un nouveau cas de lésions trophiques des ongles des orteils chez un saturnin. (*Echo méd. Nord*, 5 mars 1905.)

BETTMANN. — Ueber Leukonychia totalis. (*Derm. Zeitschr.*, B. XIII, H. 7, Juli 1906.)

DE BEURMANN et GOUGEROT. — Onychomycose. (*Bull. Soc. fr. D. et S.* nº 3, mars 1906.)

EGER.— Ueber Nagelveränderungen nach acuten Krankheiten. (*Berlin. klin. Woch.*, 15 mai 1905.)

Hartigan. — Koilonychia. (Derm. Soc. of G. B. a. Irel., Jan. 24 th 1906 : in : *Brit. Journ. of Derm.*, march 1906.)

Hartigan. — Onychia. (Derm. Soc. of Gr. Br. a. Irel. Apr. 25 th. 1906; in : *Brit. Journ. of Derm.*, n° 6, June 1906.)

Hyde (James Nevins). — The egg-shell nail. (*Journ. of cut. dis.*, April 1906.)

C. Muller. — Zur Kasuistik der kongenitalen Onychogryphosis. (*Munch. med. Wochenschr.*, 6 déc. 1904.)

Porosz. — Das Abstossen des Nagels. (*Monatsch. f. prakt. Derm.*, 1 août 1905.)

Reclus. — L'ongle incarné et l'exostose sous-unguéale. (*Journ. des Prat.* n° 2, 11 janv. 1890.)

Nævi-Angiomes

Adamson. — The histology of a case of linear nævus. (*Brit. Journ. of Derm*, July 1906.)

Adamson. — Linear nævus. (Derm. Soc. of London, June 13 th. 1906 ; in *Brit. Journ. of Derm.*, July 1906.)

Allen. — Hairy nævus. (New-York derm. Soc., 337 th. M. Nov. 28,1905 : in : *Journ. of cut. dis.*, febr. 1906.)

Audry. — Sur une observation de nœvi symétriques de la face publiée par Rayer. (*Bull. Soc. fr. D. et S.*, mars 1906.)

Balzer. — Télangiectasie en arc de cercle sur la paroi abdominale. (*Bull. Soc. fr. Derm.*, n° 9, déc. 1905.)

Bayet. — Nœvo-carcinome généralisé. (Soc. bel. D. et S., juil. 1907; in *Journ. méd. Bruxelles*, n° 36, 1907.)

C. Beck. — Angioma and its surgical treatment. (*Illinois State med. Soc.* May 15, 16 a. 17 1906 ; in : *Med. Record*, July 14, 1906.)

Bettmann. — Ueber den Nævus acneiformis. (*Arch. f. D.u. S.*, LXXX B. 1 H., Mai 1906.)

De Beurmann et Gougerot. — Un cas d'angiokératome de Mibelli (*Bull. Soc. fr. Derm. et Syph.*, n° 8, nov. 1905.)

Brown Kelly. — Télangiectasies multiples de la peau et des muqueuses du nez et de la bouche. (*Rev. de Lar. ot. et Rhin.*, n° 17, 28 avr. 1906.)

Castelin. — Angiome de la conjonctive, rapport par J. Chaillous. (*Société d'ophtal. de Paris*, 3 juillet 1906.)

Coletti. — Un cas d'angiome musculaire primitif du trapèze. (*Rif. med.* n° 11, 17 mars 1906.)

Devic et Tolot. — Un cas d'angio-sarcome des méninges de la moelle chez un sujet porteur d'angiomes multiples. (*Rev. de méd.*, 10 mars 1906.)

Dore. — Angiokeratoma. (Derm. Soc. of London, Jan. 10 th. 1906 ; in : *Brit. Journ. of Derm.*, febr. 1906.)

Exner. — Traitement des télangiectasies planes par le radium. (*Wiener klin. Woch.*, n° 23, 7 juin 1906.)

Fox. — Nævus pilosus. (N.Y. Derm. Soc., March 27, 1906 ; in : *Journ. of cut. dis.*, July 1906.)

J. Garel. — Trois cas de tumeurs télangiectasiques de la gorge. (*Rev. de Laryng.*, n° 26, 1 juillet 1905.)

F. Gidon. — Nævus du cuir chevelu traité par la haute fréquence. (*Année méd. Caen*, n° 10, oct. 1905.)

A. Girardi. — Un cas rare d'angiome caverneux érectile sous-glottique (*Gazz. d. Osped.*, n° 27, 4 mars 1906.)

Gottheil. — Nævus verrucosus. (*Manhattan derm. Soc.*, 47 th. meet. Jan. 5, 1906 ; in : *Journ. of cut. dis.*, may 1906.)

Gorisse. — Guérison des nævi vasculaires par ulcération spontanée. (*Thèse*, Paris, 1906.)

Guilloz. — Traitement par l'électrolyse d'un angiome volumineux et étendu du coude chez un enfant d'un an. (Soc. de Méd. Nancy ; in : *Rev. méd. de l'Est*, n° 23, 1er déc. 1905.)

Hallopeau et Roy. — Sur un nævus systématisé acnéiforme du membre inférieur avec *loci minoris resistentiae*. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, 1 févr. 1906.)

Hugh E. Jones. — Angiome de l'oreille (*Société otologique du Royaume-Uni*, 5 mars 1906.)

Lavillette. — Angiomes intracraniens. (*Thèse Paris*, 1906.)

H. Lebon. — Traitement des angiomes par l'électrolyse. (*Ann. de Thér. d. et s.*, T. VI, n° 13, 5 juillet 1906.)

Leredde et R. Martial. — Simple observation d'un nævus mélanique traité par diverses méthodes. (*Rev. prat. des mal. cut.*, n° 1, janv. 1906.)

Mahu. — Un cas d'angiome traité par les injections d'eau oxygénée. (*Ann. des mal. de l'oreille, du lar. du nez et du phar.*, n° 6. juin 1906.)

Martin. — Angioma cavernoso multiplo della mammella (*Morg.*, déc. 1905.)

Mauclaire. — Angiome de la face (*Société de chirurgie*, 25 juillet 1906.)

Mosny et Malloizel. — Un cas de télangiectasies acquises généralisées chez un saturnin. (*Bull. Soc. méd. Hôp.*, n° 31, 16 nov. 1905.)

W. Osler. — On telangiectasis circumscripta universalis. (*Bull. Johns Hopk. Hosp.*, n° 199 ; oct. 1907.)

Paquet et Colle. — Vaste angiome congenital et variqueux du membre inférieur droit. (*Soc. de méd. du Dép. Nord*, 23 mars 1906 ; in : *Echo méd. du Nord*, n° 14, 8 avr. 1906.)

Pollio. — Ueber Pigment-Nævi. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, Bd. 80, 1906, H. 1, S, 47-58.)

W. A. Quinn. — Case of nævus pigmentosus. (*Chicago derm. Soc.*, March 29, 1907 ; in : *Journ. of cut. dis.*, Sept. 1907.)

P. Reclus et Magitot. — Sur 2 cas d'angiomes primitifs des muscles striés. (*Rev. de chirur.*, n° 5, 10 mai 1906.)

Sewall. — An extraordinary case of anthracosis simulating thoracic anevrysm. (*Amer. Journ. of the med. Science*, janv. 1906.)

Stelwagon. — A case of nævus (Philadelphia derm. Soc., déc. 19, 1905 in : *Journ. of cut. dis.*, febr. 1906.)

Un syndrome familial peu connu : télangiectasies multiples avec hémorrhagies à répétition. (*Sem. méd.*, n° 1, 1er janvier 1908.)

Traitement médical des angiomes cutanés (nævi materni). (*Rev. intern. de clin. et thér.*, n° 4, 24 avr. 1906.)

Troubles de Pigmentation

ANTHONY.—Addison's disease (Chicago derm. Soc., in : *Journ.of cut. diseases*, febr. 1906.)

ASSMY. — Ueber Leucoderma psoriaticum. (*Med. Klinik*, n° 6, 1906.)

BETTMANN.—Ueber erworbene idiopathische Hautatrophie (atrophia cutis idiopathica e vitiligine). (*VII*e *Suppl. zu Zieglers Beitr.*, Festschr. f. Arnold 1905.)

BUNCH. — Striæ patellares. (*Brit. Journ. of Derm.*, janv. 1905.)

CHARMEIL. — Canitie précoce et rapide. (*Soc. de Méd. du Nord*, 13 déc. 1907 ; in : *Echo méd. du Nord*, p. 34, 1908.)

COCKS. — Pigmentation of the face of unknown nature. (Manhattan derm. Soc., nov. 3, 1905 ; in : *Journ. of cut. dis.*, jan. 1906.)

DAVIS. — Peculiar brownish. discoloration of the hands, legs, face and back of the neck. (Philad. derm. Soc., march 20, 1906 ; in : *Journ. of cut. dis.*, July 1906.)

FUTCHER. —Xanthelasma and chronic jaundice. (*Amer. Journ. of the Med. Sc.*, déc. 1905.)

GILBERT et LEREBOULLET. — Masque pigmentaire des asystoliques. (Soc. de Biol., 21 juin 1906 ; in : *Gaz. des Hôp.*, n° 72, 26 juin 1906.)

GILBERT et LEREBOULLET. — Masque gravidique et cholémie. (Soc. de Biol., 21 juin 1906 ; in : *Gaz. des Hôp.*, n° 72, 26 juin 1906.)

C. HERRMAN. — Pigmented spots in the sacral region of white and negro infants. (*Journ. of cut. dis.*, May 1907).

HYDE. — Vitiligo (a rare form of). (Chicago derm. Soc ; in : *Journ. of cut. dis.*, febr. 1906.)

IMBERT et MARQUÈS. — Pigmentation des cheveux et de la barbe par les rayons X. (*Prog. Med.*, n° 30, 28 juillet 1906.)

E. LANG. — Carcinoderma pigmentosum. (*Wien. Klin. Woch.*, n° 8, 1905.)

LEFÈVRE. — Pigmentation anormale de la face dorsale des deux mains (*Soc. d'anat. et de Phys. de Bordeaux*, séance du 2 juillet 1906.)

MACLEOD. — Vitiligo. (Derm. Soc. of London, June 13 th. 1906 ; in: *Brit. Journ. of Derm.*, July 1906.)

MARFAN. — Sur des taches blanches persistantes que la varicelle peut laisser après elle. (*Ann. de méd. et chir. inf.*, n° 8, 15 avr. 1906.)

MEIROWSKY. — Beiträge zur Pigmentfrage. Die Entstehung des Oberhautpigments beim Menschen in der Oberhaut selbst. (*Monatsh. f. prakt. Derm.* B. 42, n° 11, 1 juin 1906.)

METCHNIKOFF. — Le blanchiment hivernal des poils et des plumes. (Acad. des Sciences, 27 et 28 mai 1906 ; in : *Presse méd.*, n° 44, 2 juin 1906.)

F. H. MONTGOMERY et O. S. ORMSBY. — « White-Spot disease » (Morphœa guttata) and lichen planus sclerosus et atrophicus. (*J. of cut. dis.*, Jan. 1907.)

ORMSBY. — Morphoea and facial hemiatrophy. (Clin. derm. Soc., febr. 22, 1907 ; in : *Journ. of cut. dis.*, Aug. 1907.)

PHISALIX. — Sur le blanchiment des cheveux, des poils et des plumes. (*Progrès méd.*, n° 22, 2 juin 1906.)

ROBBINS. — Some observations on leucoderma (Addison's keloid). (*Med. News*, 30 déc. 1905.)

J. N. ROY. — Mélanose palatine primitive ancienne ; fistule naso-buccale récente d'origine sarcomateuse. (*Rev. hebd. de lar., ol. et rhin.*, n° 46, 16 nov. 1907.)

SCHAMBERG. — An interesting case of morphoea. (Phil. derm. Soc., May 21, 1907 ; in : *Journ. of cut. dis.*, Aug. 1907.)

SHATTOCK. — The colour of the hair in ovarian dermoids. (*Brit. med. Journ.* May 26 th. 1906.)

SOLGER. — Der Hautfarbstoff als Schutzmittel und der partielle Albinismus. (*Derm. Zeitschr.*, n° 3, märz 1906.)

SPIEGLER. — Ein Fall von Vitiligo. (Wien derm. Gesellsch., 7 juin 1905 ; in : *Arch. f. Derm. u. Syph.*, LXXVIII, B., 1 H. Jan. 1906.)

P. SPILLMANN. — Xanthelasma chez un diabétique. (Soc. de Méd. Nancy, 28 juin 1905 ; in : *Rev. méd. Est*, n°s 18, 19, 15 sept. 1er octob. 1905.)

H. VÖRNER. — Ein Fall von herdförmiger Pigmentanomalie der kopfhaare. (*Derm. Zeitschr.*, B. XII, H. 8, Aug. 1905.)

Prurigo-Prurit

H. G. ADAMSON. — Prurigo of Hebra. (Derm. Soc. of London, Dec. 13 th. 1905 ; in : *Brit. Journ. of. Derm.*, n° 1, jan. 1906.)

ADLER. — A further contribution to the study of pruritus ani, with special reference to its local treatment. (*New-York. Med. Journ.*, 29 juil. 1905.)

L. ARCHAMBAULT. — Le prurit vulvaire. (*J. des Prat.*, n° 50, 16 déc. 1905.)

BETTMANN. — Pruritus als Initialerscheinung des Herpes zoster. (*Deutsche med. Woch.*, 10 mai 1906.)

CHITTENDEN HILL. — Pruritus ani. (*Med. Rec.*, déc. 22, 1906.)

DIETZ. — Prurigo eczématisé. (*Bull. de la Soc. belge de Derm. et Syph.*, n° 1, 1904-1905.)

DUBREUILH. — Prurigo lymphadénique. (*Ann. de Derm.*, n°s 8-9, août-sept-1905.)

DUPEYRAC. — La radiothérapie dans les affections prurigineuses de la peau. (*Marseille méd.*, n° 6, 15 mars 1906.)

FOX. — Prurigo. (N. Y. derm. Soc., oct. 22, 1907 ; in : *Journ. of cut. dis.*, déc. 1907.)

GRAHAM LITTLE. — Prurigo of Hebra. (Derm. Soc. of London, febr. 14 th. 1906 ; in : *Brit. journ. of Derm.*, March 1906.)

HALLOPEAU et ROY. — Sur un cas de prurigo de Besnier à larges croûtes avec éléments lichénoïdes et atrophiques, ayant débuté à l'âge adulte. (*Bul. Soc. fr. Derm.*, n° 9, déc. 1905.)

HALLOPEAU et ROY. — Sur une forme spéciale de prurigo d'origine vésanique (variété nouvelle). (*Bull. Soc. fr. Derm.*, janv. 1906.)

HILE. — Le prurit anal, son origine et son traitement. (*Boston med. a. surg. Journ.*, n° 21, 24 mai 1906.)

JEANSELME. — Le prurigo. (*Journ. des Prat.*, n° 34, 26 août 1905.)

Leredde. — Traitement du prurit vulvaire par la pâte de zinc. (*Rev. prat. des mal. cut.*, n° 6, juin 1905.)

L. Oulmann. — Idiopathic pruritus of ten years duration., cured by radiotherapy. (Manhat. derm. Soc. March 1, 1907 ; in : *Journ. of cut. dis.*, Aug. 1907.)

L. Perrin. — Névroses cutanées avec obsession prurigineuse d'origine parasitaire. (Com. méd. des Bouches-du-Rhône, 2 févr. 1906 ; in : *Marseille méd.*, n° 5, 1 mars 1906.)

Pisko. — Prurigo (Hebra). (Manhattan derm. Soc., nov. 3, 1905 ; in : *Journ. of cut. dis.*, Jan. 1906.)

Pisko. — A case of prurigo hebra. (*Amer. Journ. of Derm.*, n° 2, febr. 1906.)

J. J. Reid. — The use of pilocarpine for the relief of pruritus, especially in regard to pruritus vulvæ. (*Med. Rec.*, May 25, 1907.)

A. Robin. — Traitement du prurigo d'origine gastrique. (*Rev. de thér. méd.-chir.*, p. 829.)

Sabouraud. — Prurits idiopathiques du cuir chevelu. (*Clinique*, n° 2, 12 janv. 1906.)

Salvini. — Prurigo en tant que symptôme d'un sarcome primitif du foie. (*Rif. med.*, n° 33, 1906.)

Terra. — Prurigo de Hebra. (*Brazil-medico*, 22 juil. 1905.)

G. Thibierge et P. Ravaut. — Des effets favorables de la ponction lombaire dans quelques dermatoses prurigineuses. (*Bull. Soc. Méd. Hôp.*, n° 34, 7 déc. 1905.)

Veiel. — Ein Fall von Pruritus cutaneus bei Erkrankung der Niere und Nebenniere. (*Arch. f. D. u. S.*, LXXX B., 1 H. mai 1906.)

Vörner. —Ueber Prurigo haemorrhagica. (*Munch. med. Woch.*, 12 /1906.)

Vörner. — Sur le prurigo hémorragique. (*Munch. med. Wochenschr.*, n° 12, 20 mars 1906.)

F. C. Wallis. — The cause and treatment of pruritus ani. (*Brit. med. Journ.*, May 13, 1905.)

Whitehouse. — Three cases of prurigo of Hebra in one family. (N. Y. derm. Soc. 338 th. meet Jan. 23, 1906 ; in : *Journ. of cut. dis.* April 1906.)

Gangrènes

Bayet. — Gangrène chez une hystérique. (Soc. bel. D. et S., juil. 1907 ; in : *Journ. méd. Bruxelles*, n° 36, 1907.)

G. Cotte. — Gangrène phéniquée. Note sur une nouvelle observation de gangrène phéniquée du médius droit. (*Presse méd.*, n° 53, 5 juil. 1905.)

Duvergey. — Gangrène phéniquée. (Soc. anat. et Phys. Bordeaux, 4 nov. 1907 ; in : *Gaz. . heb. d. Sc. méd.*, n° 48 ; 1 déc. 1907.)

Desplats. — Gangrène symétrique des deux pieds et du nez chez un tuberculeux. (*Journ. des Sc. méd. Lille*, n° 9, 3 mars 1906.)

G. Etienne. — Sur l'origine hystérique de certaines gangrènes cutanées (*Bul. Soc. méd. Hôp.*, n° 1, 16 janv. 1908.)

H. Fox. — Symmetrical gangrene, closely associated with syphilis. (N. Y Acad. of med., may 7, 1907 ; in : *Journ. of cut. dis.*, Aug. 1907.)

Fox. — Symmetrical gangrene of the extremities (Raynaud's disease). (N. Y. derm. Soc. 338 th. meet. Jan. 23, 1906; in: *J. of cut. dis.* April 1906.)

Genet. — Un cas de gangrène de l'ombilic chez un nouveau-né. (Soc. des Sc. méd. Lyon, 28 mars 1906 ; in : *Lyon méd.*, n° 20, 20 mai 1906.)

Goth. — Ein Fall von Gangrœna phlegmonosa vulvæ bei einer Schwangeren. (*Zentr. Bl. f. Gynäk.*, 5 mai 1906.)

Griffon et J. du Castel. — Sphacèle de la verge consécutif à un chancre (*Bull. Soc. fr. Derm.*, n° 9, déc. 1905.)

Hallopeau et Granchamp. — Sur une dermite végétante avec éléphantiasis entée sur une asphyxie locale mutilante des extrémités. (*Bull. Soc. fr. D. et S.*, 1 févr. 1906.)

R. Krumbholz. — Ueber Ernährungsstörungen des Gehirns und der Haut nach Kohlenoxyd-bzw. Leuchtgasvergiftung (Encephalomalacie und Hautgangrän). (*Wien. med. Woch.*, Nr 33, 12 Aug. 1905.)

Le Clerc. — Gangrènes cutanées multiples chez les hystériques. (*Bull. Soc. méd. Hôp.*, n° 37, 26 déc. 1907.)

Müller et Scherber. — Sur la balanite érosive circinée et sur la balanite gangréneuse. (*Wiener klin. Woch.*, n° 21, 24 mai 1906.)

P. Nikolsky. — Deux cas de gangrène de la fesse consécutive à une injection mercurielle. (*Bull. Soc. fr. Derm.*, Janv. 1906.)

D. A. Sinclair. — Gangrene of the skin following the use of stovaine, a new local anaesthetic. (*Journ. of cut. dis.*, n° 7, July 1905.)

G. Thibierge. — Gangrène multiple de la peau provoquée artificiellement par des cautérisations au nitrate d'argent chez une hystérique. (*Bull. Soc. méd. Hôp.*, n° 37, 26 déc. 1907.)

H. P. Towle. — Gangraena cutis hysterica. (*Journ. of cut. dis.*, nov. 1907.)

Veyrassat. — Faits peu communs de gangrène phéniquée. (*Bull. méd.*, n° 35, 5 mai 1906.)

Zieler. — Ueber akute multiple Hautgangrän nebst Untersuchungen über durch rohe Salzsäure hervorgerufene Nekrosen. (*Zeitsche f. Nervenh.*, 28, 2-4.)

Un cas de gangrène phéniquée de l'index gauche. (*Journ. des prat.*, n° 16, 21 avr. 1906.)

Purpura

Audeoud. — Note sur un cas de purpura foudroyant chez un garçon de deux ans et demi. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, avr. 1906.)

Banks. — Haemorrhagic purpura during convalescence from scarlet fever. (*Lancet*, 26 mai 1906.)

Bensaude et Rivet. — Purpura hémorragique et tuberculose. (*Presse méd.*, n° 59, 25 juillet 1906.)

A. Bérard et Ch. Roubier.— Classification et pathogénie des purpuras. (*Gaz. des Hôp.*, 1907, p. 1635 et p. 1671.)

P. Carnot, R. Bensaude et P. Harvier. — Un cas de purpura hémorragique grave prétuberculeux. (*Bul. Soc. méd. Hôp.*, n° 13, 12 avr. 1906.

E. Dupré et P. Camus. — Psychopolynévrite avec purpura et cirrhose hépatique d'origine alcoolique. (*Bull. méd.*, n° 2, 1908.)

FRANCESCO (Ambrosi). — Un caso clinico del morbo maculoso del Werlhof. (*Riv. med. pugliese*, Anno 1, N. 9, 1 Maggio 1906.)

FRIEDLANDER. — Purpura. (Berlin derm. Gesellsch, 8 mai 1906 ; in : *Monatsh. f. prakt. Derm.*, B. 42, n° 11, 1er juin 1906.)

GUINON et VIELLIARD. — Paroxysmes douloureux abdominaux au cours du purpura infantile. (*Bull. Soc. méd. Hôp.*, n° 30, 31 oct. 1907.)

HECHT. — Recherches expérimentales et cliniques sur les hémorragies cutanées chez les enfants. (*Jahrbuch. f. Kinderheilk.*, Juin 1907.)

ALLAN JAMIESON. — Las purpuras. (*Rev. esp. de D. y S.*, N. 87, marzo 1906.)

LENOBLE. — Le purpura myéloïde et les érythèmes infectieux hémorrhagiques à forme purpurique (purpuras hémorrhagiques faux ou secondaires). (*Arch. de Méd. exp. et d'anal. pathol.*, sept. 1905.)

LENOBLE. — Purpura hémorragique sans réaction myéloïde. (*Bull. Soc. méd. Hôp.*, n° 23, 5 juill. 1906.)

OPPENHEIM. — Ein Fall von Purpura rheumatica. (Wien. derm. Gesellsc. 7 juni 1905 ; in : *Arch. f. Derm. u. Syph.*, LXXVIII B., 1 H. Jan. 1906.)

POISOT et Cl. VINCENT. — Purpura hémorrhagique à réaction myélocytaire. Hémorragie méningée. Guérison. (*Arch. gén. de Méd.*, n° 7, 13 févr. 1906.)

SPIEGLER. — Purpura (Wien. derm. Gesellsch., 21 Febr. 1906 ; in : *Monatsh. f. prakt. Derm.*, B. 42, n° 12, 15 Juni 1906.)

STYBR. — Purpura fulminans. (*Casopis lèkaru ceskych*, 6 janv. 1906.)

TOROK. — Las purpuras. (*Rev. esp. de D. y. S.*, T. VIII, N. 88. Abr. 1906.

Œdèmes

CH. ARMAND et FR. SARVONAT. — La maladie de Quincke (œdème aigu angioneurotique). (*Rev. prat. d. mal. cut.*, n° 7, juil. 1905.)

K. H. BOUMAN.— En geeval van verkregen chronisch trophoedeem. (*Neder. Tijdschr. v. Geneesk.*, 25 févr. 1905.)

BRISSAUD et MOUTIER.— Œdème éléphantiasique des membres inférieurs ; astéréognosie. (*Soc. de Neurol.*, 7 déc. 1905 ; in : *Gaz. des Hôp.*, p. 1688, 1905.)

FRIEDJUNG. — Œdème génital chronique idiopathique des nourrissons. (*Wien. klin. Woch.*, n° 24, 14 juin 1906.)

GALLOWAY and PEARMAN. — Unilateral œdema. (Derm. Soc. of London, May 9 th. 1906 ; in : *Brit. Journ. of Derm.*, n° 6, June 1906.)

G. GUILLAIN, L. BOIDIN, et A. GY.— Etude clinique et physiologie pathologique d'un cas d'œdème charbonneux de la face terminé par la guérison. (*Bull. Soc. méd. Hôp.*, n° 31, 14 nov. 1907.)

LE FORT et DELATTRE. — Œdème segmentaire d'origine traumatique. (Soc. centr. d. méd. du Dép.,du Nord. 24 mars 1905 ; in : *Echo méd. d. Nord*. n° 17, 23 avr. 1905.)

J. MARTIN et GODLEWSKI. — L'œdème dur traumatique de sécrétion est-il une entité morbide ? (Essai de synthèse). (*Arch. g. de Méd.*, n° 9, 27 fév. 1906.)

LEMAIRE. — Œdème aigu angioneurotique (Maladie de Quincke). (*Echo méd. du Nord*, n° 21, 27 mai 1904.)

MORICHAU-BEAUCHANT. — Les œdèmes aigus circonscrits de la peau et des muqueuses. (*Ann. de Derm. et Syph.*, n° 1, janv. 1906.)

R. MORICHAU-BEAUCHANT et F. LANDRY. — Œdèmes aigus migrateurs récidivants de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané. (*Bull. Soc. méd. Hôp.*, n° 37, 28 déc. 1905.)

Ulcères

ARBOUR STEPHENS. — The value of calcium iodide in the treatment of ulcers. (*Brit. med. Journ.*, July 21, 1906.)

W. F. BREAKEY. — Phagedenic and serpigenous ulcers and infective granulomata. (*Journ. of cut. dis.*, March 1907.)

CAZASSUS. — Ulcères variqueux guéris. (Soc. d'An. et Phys. Bordeaux, 29 janv. 1906 ; in : *Gaz. hebd. des Sc. méd. Bordeaux*, n° 7, 18 févr. 1906.)

ETIENNE. — Ulcère utéro-vaginal phagédénique et gangrène cutanée de nature hystérique. (*Revue Neurologique*, n° 1, 15 janvier 1906.)

HARDOUIN et LA PIPE. — Le traitement des ulcères variqueux par l'incision circonférentielle de la jambe. (*Presse méd.*, n° 5, 17 janv. 1906.)

HÉLOT. — Ulcère rongeant de la face à marche rapide chez un malade ayant présenté une ulcération narinaire trophique. (*Arch. intern. Lar. ot., Rhin.*, T. XX, n° 4, juil-août 1905.)

L. R. KAUFMAN. — Common varieties of leg ulcers. (*Hahnem. Monthly*, June 1906, N° 6.

Le PLAY et DÉHU. — Ulcère trophique rebelle du sein. (*Bull. Soc. fr. D.*, n° 2, févr. 1906.)

H. LEWIS Jones. — The treatment of rodent ulcer by zinc ions. (*Brit. med. journ.*, Febr. 16, 1907.)

POLLITZER. — A case of chronic ulcerations in the public and inguinal regions. (*Journ. of cut. dis.*, June 1906.)

M. RIVIÈRE. — Ulcération du cuir chevelu à la naissance. Présentation du nouveau-né. (Soc. de Méd. et chir. Bordeaux, 29 nov. 1907 ; in : *Gaz. h. d. Sc. méd.*, n° 50 ; 15 déc. 1907.)

ROMBACH. — Twee gevallen van voetmisvorming en ulcera neuroparalytica tengevolge van spina bifida occulta. (*Ned. Tijdschr. voor. Geneesk.*, 28 av. 1906.)

ROSCHER. — Ulceröse Frühlues. (Berlin. derm. Gesellsch., 3 juli 1906 ; in *Monatsh. f. prakt. Derm.*, B. 43, n° 2, 15 juli 1906.)

SABOURAUD. — Le sous-carbonate de fer comme topique des ulcères. (*La Clin.*, 6 janv. 1906.)

SALM. — L'ulcère phagédénique des pays chauds. (*Gaz. hebd. des Sciences méd. de Bordeaux*, 22 avr. 1906.)

J. F. SCHAMBERG. — Multiple cancer of the skin and keratosis following the long continued use of arsenic ; multiple ulcerations of the skin after protracted use of the same drug. (*Journ. of cut. dis.*, Jan. 1907.)

STOUT. — Ulceration of the left cheek. (*Philadelphia derm. Soc.*, nov. 21, 1905, ; in : *Journ. of cut. dis.*, Jan. 1906.)

SIMPSON. — The treatment of varicous ulcer. (*Amer. Journ. of Derm.*, n° 3, march 1906.

SOMERVILLE. — Ulcères scrofuleux des jambes (maladie de Bazin) traités avec succès par les courants à haute fréquence. (*Brit. med. Journ.*, 4 févr. 1905.)

W. B. WATSON.— A case of widespread ulceration of skin and connective. tissue. (*Lancet*, 3 juin 1905.)

WHITE. — A case of chronic ulceration. (Boston derm. Soc. , febr : in *Journ. of cut. dis.*, June 1906.)

Sclérodermie

BAYET. — Sclérodermie de la verge. (Soc. bel. D.et S., juil 1907 ; in : *Journ. méd. Bruxelles*, n° 36, 1907.)

BEER-BERTHOLD. — Zur Pathologie der Sklerodermie und des Morbus Basedowii. (*Wiener med. Presse. Jg.*, 47, 1906, n° 19, S, 1019-1022.)

BLASCHKO. — Systematisierte strichförmige Sklerodermie. (Berl. derm. Gesellsch, 12 Dez. 1905 ; in : *Arch. f. D. u. S.*, LXXIX B., 1 H. März 1906.)

EDDOWES.— Sclerodermie. (Derm. Soc. G. B. a Irel., febr. 28 th. 1906 ; in : *Brit. Journ. of Derm.*, n° 4, Apr. 1906.)

G. H. FOX.— Two Cases of Raynaud's disease with ocular symptoms, one case complicated by scleroderma. (*Journ. of cut. dis.*, Aug. 1907.)

J. KINGSBURY.— A case of acrodermatitis chronica atrophicans with coexisting scleroderma. (*Journ. of cut. dis.*, sept. 1907.)

KORNFELD, (Ferdinand). — Zur Pathologie der Sklerodermie und des Morbus Basedowii. (*Wiener med. Presse*, Jg. 47, 1906, N. 14, S. 736-741 ; N. 15, S. 798-802.)

VON KRZYSZTALOWICZ. — Ein Beitrag zur Histologie der diffusen Sklerodermie. (*Monatsh. f. prakt. Derm.*, B. 42, N° 3, 1 Febr. 1906.)

NOBL. — Zwei Fälle von Sklerodermie. (*Wien. derm. Gesellsch.*, 21 Febr. 1906 ; in : *Monatsh. f. prakt. Derm.*, B. 42, n° 12, 15 juni 1906.)

P. MENETRIER. — Sclérodermie diffuse. Traitement thyroïdien, guérison (*Bull. Soc. Méd. Hôp.*, n° 23, juillet 1905.)

PETGES et CLÉJAT. — Sclérose atrophique de la peau et myosite généralisée. (*Ann. de D. et S.*, n° 6, Juni 1906.)

PINKUS. — Streifenförmiger Sklerodermie. (*Ber . derm. Gese lsch.*, 14 nov. 1905 ; in : *Derm. Zeitschr.*, B. XIII, H. 2, Febr. 1906.)

PSLOCH et REITMANN. — Untersuchungen über den Stoffwechsel bei Sklerodermie. (*Wien. Klin. Wochenschr.*, 24 mai 1906.)

SARVONAT.— Sur un cas de sclérème des nouveau-nés ; autopsie, étude clinique de la graisse. (*Arch. de méd. des enfants.*, janv. 1906.)

SCHAMBERG. — Acute scleroderma (Philad. derm. Soc., oct. 15, 1907 ; in. *Journ. of cut. dis.*, déc. 1907.)

STAINER. — Linear sclerodermia. (Derm. Soc. of Gr. Br. a Ireland. Apr. 25 th 1906 ; in : *Brit. Journ. of. Derm.*, n° 6, June 1906.)

THIBIERGE. — Sclérodermie systématisée de la face. (*Bull. Soc. fr. Derm.*, Déc. 1905.)

TOUCHARD. — Recherches anatomocliniques sur la sclérodermie généralisée. (*Thèse Paris*, 1906.)

WHITE. — A case of scleroderma.(Boston derm. Soc., oct. 1905 ; in : *Journ. of cut. dis.*, Jan 1906.)

C. J. WHITE et BURNS. — Sclerodermie (Boston derm. soc., March 1907 ; in : *Journ. of. cut. dis.*, nov. 1907.)

ZUMBUSCH. — Sklerodermie. (Wien. derm. Gesellsch. 21 Febr. 1906 ; in *Monatsh. f. prakt. Derm.*, B. 42, n° 12, 15 juin 1906.)

Hémiatrophie faciale. Sclérodermie probable. (Soc. de Méd. Lyon ; in : *Lyon méd.*. n° 51, 17 déc. 1905.)

Urticaire

ANTHONY. — Urticaria in an infant. (Chicago derm. Soc.; in : *Journ. of cut. dis.*, febr. 1906.)

BARTET. — Au sujet de l'urticaire d'origine filarienne. (*Arch. de méd.,nav.* n° 12, 1déc. 1907.)

J. BAUM. — Beitrag zur Lehre von der Urticaria.(*Berlin.klin. Woch.*,2 janv. 1905.)

CHÉBAÏEV.— Un cas rare d'urticaire chronique rebelle, guéri par la quinine associée à l'antipyrine. (*Voienno-méd., Jour.*, Juil. 1905.)

ENGEL. — Zur Kenntnis der Urticaria pigmentosa.(*Arch. f. Kinderheilk.*, XLIII, 1-4, 1906.)

ENGEL. — Contribution à l'étude de l'urticaire pigmentée. (*Archiv. f. Kinderheilk.*, Vol. XLIII, cahiers 1-4.)

GRAHAM LITTLE.— A contribution to the study of urticaria pigmentosa. (*Brit. Journ. of Derm.*, n° 10, oct. 1905.)

HIRSHBERG. — A study of the gastric contents in urticaria. (*Amer.medic.*, 2 sept. 1905.)

E. LESSER. — Urticaria pigmentosa. (Berl. derm. Gesellsch. 12 Dez. 1905 ; in : *Derm. Zeitschr.*, B. XIII, H. 3, März 1906.)

LEOPOLD-LEVI et HENRI DE ROTHSCHILD. — Hypothyroïdie et urticaire chronique. (*Presse médicale*, n° 55, 11 juillet 1906.)

J. LIVON. — Curieux cas d'urticaire chez un nourrisson de 7 mois. (Com. méd. Bouches-du-Rhône, 22 déc. 1905 ; in : *Marseille méd.*, n° 3, 1 févr.1906.)

MEWBORN. — Urticaria pigmentosa. (N. Y. derm. Soc.,march 27, 1906 ; in: *Journ. of cut. dis.*, July 1906.)

ERASMUS PARAMORE.— An experimental study of some cases of urticaria. (*Brit. Journ. of Derm.*, July 1906.)

PUSEY.—Urticaria pigmentosa or urticaria chronica cum pigmentatione. (*Chicago derm. Soc* ; in : *Journ. of cut. dis.*, febr. 1906.)

RAVITCH.— The thyroïd as a factor in urticaria chronica. (*Journ. of cut. dis.*, nov. 1907.)

SAN KUCERA. — Ein Fall von Urticaria auf Grund psychischer Störung. (*Wiener med. Presse*, 1905, n° 47.)

SCHAMBERG. — A case of urticaria pigmentosa. (*Philadelphia derm. Soc.*, déc. 19, 1905 ; in : *Journ. of cut. dis.*, febr. 1906.)

STAINER. — Urticaria pigmentosa. (Derm. Soc. of Gr. Br. a Irel., March 28 th 1906 ; in : *Brit. Journ. of Derm.*, May 1906.)

TOWLE. — Urticaria pigmentosa ? (Boston derm. soc., Jan. meet ; in: *Journ. of cut. dis.*, May 1906.)

VETLESEN.— Urtikaria oder urtikariartiger Ausschlag auf Schleimhäuten. (*Norsk. Mag. f. Laegvidensk* 3, 1905.)

VETLESEN. — Mere om urticaria integumenti externi et mucosae. (*Norsk Mag. for. Laegevidenskaben*, nov. 1905.)

VÖRNER. — Ein Fall von Urticaria pigmentosa maculosa. (*Derm.Zeitschr.*, B. XIII, H. 4, April 1906.)

Zona — Herpès

R. BELBÈZE.— Sur la présence du signe de Kernig dans le zona. (*Arch. gén. de méd.*, n° 9, 27 févr. 1906.)

G. BUREAU.— L'herpès récidivant de la peau. (*Gaz. méd. Nantes*, n° 2, 11 janv. 1908.)

CAZASSUS. — Zona cervical et paralysie faciale. (*Gaz. hebd.d. Sc. méd. Bordeaux*, 25 mars 1906, n° 12.)

THAVANNE. — Zona bilatéral isolé de l'oreille. (Soc. fr. d'Ot., Lar. et Rhin., 14 mai 1906 ; in : *Presse méd.*, n° 12, 26 mai 1906.)

DUBREUILH. — Herpès récidivant de la face chez les enfants. ((Journal de Méd de Bordeaux, n° 32.Anal ; in : *Ann. de Méd. et chir. inf.*, n° 22, 15 nov. 1907.)

G. ETIENNE. — Des ecchymoses zoniformes spontanées. (Nouv. iconog. de la Salpêtr., sept.-oct., 1907. Anal. in : *Sem. méd.*, n° 1, 1 janv. 1908.)

HÉBERT. — Herpès récidivant de la fesse. (*Rev. méd. de Normandie*, 25 mai 1906.)

INGELRANS. — Zona et éruptions zoniformes. (*Echo méd. du Nord.*, n° 29, 22 juill. 1906.)

LEROY. — L'herpès bucco-pharyngien. (*Correspond. méd.*, 31 mai 1906.)

QUEYRAT et FEUILLIÉ. — Lymphocytose du liquide céphalo-rachidien dans un cas de zona intéressant le plexus sacré. (*Bull. Soc. méd. Hôp.*, n° 21 21 juin 1906.)

Paul PETIT. — Zona survenu à l'occasion d'une séance de haute fréquence et guéri par le courant continu. (Soc. méd. du Xe arrond., 7 mai 1906 ; in : *Bull. des Soc. méd. d'arrond.*, n° 12, 20 juin 1906.)

RADCLIFFE-CROCKER and PERNET. — Herpès zoster. (Derm. Soc. of London, June 13 th. 1906 ; in : *Brit. Journ. of Derm.*, July 1906.)

J. ZEISLER. — Zoster arsenicalis. (*Journ. of cut. dis.*, nov. 1907.)

Traitement du zona. (*Clinique*, n° 3, 17 janv. 1908.)

Cancérose

BERNARDY et STELWAGEN. — A case of epithelioma. (Philad. derm. Soc. May 21, 1907 ; in : *Journ. of. cut. dis.*, Aug. 1907.)

BOSQUETTE. — Epithelioma glandulaire de la langue. (*Lyon méd.*, n° 28, 1906.)

BOUCHE. — De l'épithelioma du dos de la main. (*Thèse de Paris*, 1906.)

O. BRIEN. — Carcinoma cutis, with notes of two cases, a) Cancer en cuirasse ; b) Paget's disease of nipple. (*Dublin Jour. of med. sc.*.. sér. 3, 1906, n° 413, s. 347-351.

S. J. CAMERON. — Fibroids and Fibro-myomatous tumours in unusual sites. (Brit. med. Assoc., July-Aug, 1907 ; in : *Brit. med. Journ.*, Aug.24, 1907.)

Pierre FAIDHERBE. — Du traitement des cancers cutanés par les rayons X. (*Thèse de Lille*, 1906.)

FORDYCE. — Carcinoma of the breast with a lenticular carçinoma of the skin. (N. Y. derm. soc., May 28, 1907 ; in : *Journ. of cut. dis.*, Aug. 1907.)

FORDYCE. — Carcinoma of the nose. (N.Y. derm. Soc., May 28, 1907 ; in : *Journ. of cut. dis.*, Aug. 1907.)

H. G. TAYLOR. — Evidences that infected cages are the source of spontaneous cancer developing among small caged animals. (Brit. med. Assoc., Aug. 1906 ; in : *Brit. med. Journ.*, déc. 1, 1906.)

HARTZELL. — Two cases of Paget's disease treated by the X-Ray,with report of the microscopic findings in one of them after prolonged treatment (*Journ. of. cut. dis.*, July 1906.)

JAYLE. — Le cancer causé par les rayons X. (*Presse méd.*, n° 4, 11 janv. 1908.

KREIBICH. — Zum Wesen der Psorospermosis Darier. (*Arch. f. D. u. S.* LXXX B., 3 H., Juli 1906.)

Louis LAUREAU. — Traitement des Epithéliomas cutanés et muqueux par la Radiothérapie. (*Thèse de Paris*, 1906.)

LATRONCHE et CHAVANNAZ.— Epithélioma du dos de la main droite. Ablation de la tumeur. Greffe italienne. (Soc. Anat. et Phys. Bordeaux, 4 nov. 1907 ; in : *Gaz. h. d. Sc. méd.*, n° 48, 1 déc. 1907.)

G. LENTHAL CHEATLE. — Inflammatory changes in posterior spinal root ganglia in cases of cutaneous cancer. (*Brit. med. journ.*, July 20, 1907.)

S. MACKENZIE. — La trypsine dans le traitement du cancer.

C. MALLORY WILLIAMS. — Late results of the X-Ray treatment of cutaneous epithelioma. (*Med. Rec.*, déc. 8, 1906.)

E. DE MASSARY et Pierre WEIL. — Carcinose généralisée. Cancers des doigts simulant des troubles trophiques. (*Bull. soc. méd. hôp.*, p. 1456, 1907.)

MORELLE. — Un cas d'épithélioma sur lupus. (*Presse médicale belge*, n° 29, 22 juillet 1906.)

MORESTIN. — Papillomes cornés multiples et épithélioma papillaire du gland. (*Bull. et mém. soc. anat. de Paris*, année 80, 1905, sér. 6, T.7, n° 10,S. 904-910, 3 fig.)

PFAHLER. — A case of epithelioma. (Philad derm. Soc., May 21, 1907 ; in : *Journ. of cut. dis.*, Aug. 1907.)

G. POLINI. — Le traitement de l'épithélioma cutané. (*Gazz. d. osped. e d. clin.* n° 132, 3 nov. 1907.)

RIEHL. — Epithéliome et sarcome développés sur une cicatrice de lupus guéri par la radiothérapie. (*Presse méd.*, n° 55, 11 juillet 1906.)

ROCHE. — Epithélioma primitif du méat urinaire. (Soc. de Gyn., d'Obst· Bordeaux, 10 déc. 1907 ; in : *Gaz. h. d. Sc. méd.*, n° 51, 22 déc. 1907.)

SABRAZES et MURATET. — .Cancer épithélial mucipare du poumon avec

épanchement pleural séro-mucineux. (*Comp. rend. Soc. biol.*, T. 60, 1906, n° 14, S. 717-718.)

Sachs (Otto). — Psorospermosis follicularis Darier. (*Wiener med. Wchnschr.*, Jg. 56, 1906, N, 10. S. 457-461.)

R. Siegel. — L'épithélioma branchial du cou. (*Gaz. d. Hôp.*, 26-28 déc. 1907.)

C. J. White. — Benign cystic epithelioma. (Boston derm. soc. febr. 1907 ; in : *Journ. of cut. dis.*, sept. 1907.)

A. J. Wilson. — A case primary epithelioma of the vagina, showing autoinoculation or contact infection. (*Brit. med. journ.*, sept. 28, 1907.)

Maladies bulleuses

Adamson. — Hydroa œstivale. (Derm. Soc. of London, june 13 th 1906 ; in : *Brit. Journ. of Derm.*, July 1906.)

Fromaget et Lavie. — Pemphigus hystérique de la conjonctive et des paupières. (*Ann. d'oculist.*, mai 1906.)

Grandjean-Bayard. — Etude sur le pemphigus congénital à kystes épidermiques. (*Thèse de Paris*, 1906.)

Jourdanet. — Les affections bulleuses de l'enfant en bas âge. (*Lyon méd.* 20 mai 1906.)

Knowles, Stelwagon. — Pemphigus foliaceous. (Philadelphia derm. Soc., oct. 15, 1907 ; in : *Journ. of cut. dis.*, déc. 1907.)

M. Riviere. — Pemphigus épidémique des nouveau-nés. (Soc. méd. et chir. Bordeaux, 20 déc. 1907 ; in *Gaz. heb.d.Sc. méd. Bordeaux*, n° 2, 12 janvier 1908 et *Ann. de méd. et chir. inf.*, n° 2, 15 fév. 1908.)

Schamberg. — Pemphigus vegetans. (Philad. derm. Soc., oct. 15, 1907 : in. *Journ. of cut. dis.*, déc. 1907.)

Schamberg. — A case of epidermolysis bullosa. (Philadelp. derm. Soc. febr. 20 ; in : *Journ. of cut. dis.*, June 1906.)

W. A. Pusey. — Case of epidermolysis bullosa. (Chicago derm. Soc., March 29, 1907 ; in : (*Journ. of cut. dis.*, sept. 1907.)

J. M. F. Winfield. — Pemphigus vegetans ; report of a case with a review of the subject. (*Journ. of cut. dis.*, Jan. and febr. 1907.)

Eruptions médicamenteuses

Bettremieux. — Deux cas de blépharo-conjonctivite dus à l'usage de teinture capillaire. (Soc. belge d'ophtalm., 29 avr. 1906 ; in : *Journ. méd. Bruxelles*, n° 21, 24 mai 1906.)

J. T. Bowen. — A case of bromide eruption ? (Boston derm. Soc., oct. 1905 ; in : *Journ. of cut. dis.*, Jan. 1906.)

Gaucher, Boisseau, Desmoulières. — Eruption médicamenteuse par l'eau de laurier-cerise et la belladone. Métastase bronchique. Cystinurie. (*Bull. Soc. méd. Hôp.*, n° 13, 12 avr. 1906.)

Gundorow. — Zur Frage des Jodismus. (Thyreoiditis jodica acuta). (*Arch. f. Derm. u. Syph.*, LXXVII B., 1 H. Okt. 1905.)

HALLOPEAU et MACÉ DE LÉPINAY. — Sur un nouveau cas d'iodisme végétant. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, 7 juin 1906.)

HALLOPEAU et HERCK. — Sur une dermatite exfoliative généralisée, provoquée par un pansement local avec la solution d'acide picrique. (*Bull. Soc. fr. D. et S.*, mars 1906.)

W. KENNETH WILLS. — Erythema after veronal. (*Brit. med. Journ.*, March 3rd, 1906.)

HALLOPEAU. — Sur l'apparition d'exanthèmes identiques après l'ingestion d'antipyrine, d'aspirine et de pyramidon. (*Bull. Soc. fr. D. et S.*, n° 4, av. 1906.)

LOTTA W. MYERS. — Bromide eruption in a child. (New-York derm. Soc., 339 th. meet., febr. 27,1906 ; in *Journ. of cut dis.*, June 1906.)

LUBLINSKI. — Jodismus acutus und Thyreoiditis acuta. (*Deutsche med. Wochenschr.*, 22 févr. 1906.)

LÉVY FRANKEL. — Erythème pemphigoïde d'origine mercurielle. (*Journ. des Prat.*, n° 21, 26 mai 1906.)

LÉVI-SIRUGUE. — Les dermatoses artificielles. (*Gaz. des hôp.*, n° 77, 7 juillet 1906.)

MAGNE. — Dermite aiguë consécutive à une application de glace. (Soc. An. et Phys. 27 juin 1904 ; in : *Journ. Méd. Bordeaux*, n° 40, 2 oct. 1904.)

MOTY. — Eruption iodique retardée. (*Bull. Soc. fr. D. et S.*, mai 1906.)

PASINI. — Sur la pathogénie des éruptions bromiques. (*Ann. de Derm. et Syph.*, n° 1., janvier 1906.)

RESPIGHI. — Eritema da alcool etilico. (*Clin. moderna*, 27 avr. 1904.)

Lupus et Tuberculose cutanée

AUDRY et COMBÉLÉRAN. — Ulcération tuberculeuse primitive de la vulve chez une fillette de 11 mois. (*Bull. Soc. fr. D. et S.*, 1 févr. 1906.)

L. BERNARD. — Adipose douloureuse d'origine tuberculeuse. (*Bul. Soc. méd. Hôp.*, n° 23, 4 juil. 1907.)

BRONSON. — Lupus erythematosus. (New-York derm. Soc. meet. Oct. 22, 1907 ; in : *Journ. of cut. dis.*, déc. 1907.)

CALOT. — La conduite à tenir en face des tuberculoses externes. (*Rev. de thér. méd.-chir.*, p. 613.)

CHARRIER et DUBREUILH. — Tuberculose linguale. (Soc. anat. et phys. Bordeaux, 18 nov. 1907 ; in : *Gaz. h. d. Sc. méd.*, n° 50, 15 déc. 1907.)

DUFOUR. — Nouveaux cas de cutiréaction à la tuberculine chez les nourrissons et enfants du premier âge. (*Bull. Soc. méd. Hôp.*, n° 23, 4 juil. 1907.)

VON EBERTS. — Bacterial inoculation in the treatment of suppurative and tuberculous diseases of the skin after the method of Wright. (*Journ. of cut. dis.*, déc. 1907.)

FORDYCE. — Lupus erythematosus. (N. Y. derm. Soc., meet. oct. 22, 1907 ; in : *Journ. of cut. dis.*, déc. 1907.)

T. C. GILCHRIST. — An interesting group of cases of tuberculous infections of the skin and one allied case. (*Journ. of cut. dis.*, may 1907.)

W. S. GOTTHEIL. — Disseminated tuberculosis of the bones and skin. (Manhat. derm. Soc., March 1, 1907 ; in : *Journ. of cut. dis.*, Aug. 1907.)

Milian. — Sur la cuti-réaction. (*Bull. Soc. méd. Hôp.*, n° 23, 4 juil. 1907.)

J. Nicolas et P. Gauthier. — Cuti-réaction et ophtalmo-réaction dans diverses dermatoses d'origine tuberculeuse ou non. (*Lyon méd.*, 29 déc. 1907.)

J. Nicolas et H. Moutot. — Tuberculose verruqueuse du dos du cou-de-pied droit, d'origine bovine probable. (*Lyon méd.*, n° 8, 24 févr. 1907.)

Ormsby. — Case of tuberculide (acnitis type). (Chicago derm. Soc., March 29, 1907 ; in : *Journ. of cut. dis.*, sept. 1907.)

A. Post. — Lupus erythematosus of the congestive variety. (Boston derm. Soc., March 1907 ; in : *Journ. of cut. dis.*, nov. 1907.)

W. A. Quinn. — Case of lupus erythematous. (Chic. derm. Soc., febr. 22. 1907 ; in : *Journ. of cut. dis.*, Aug. 1907.)

Reynier. — Tuberculose atypique de la peau, difficulté du diagnostic. photographie en couleur. (Soc. de méd. Paris, 10 janv. 1908 ; in : *Gaz. des Hôp.*, p. 55 ,1908.)

L. E. Schmidt. — Case of healed lupus erythematosus. (Chic. derm. Soc., febr. 22, 1907 ; in : *Journ. of cut. dis.*, Aug. 1907.)

Stout, Stelwagon. — Lupus vulgaris. (Philad. derm. Soc., oct. 15, 1907 ; in : *Journ. of cut. dis.*, déc. 1907.)

J. G. Tomkinson. —The eclectic treatment of lupus vulgaris. (*Brit. med. Journ.*, June 29, 1907.)

W. B. Trimble. — An unusually extensive folliculitis and perifolliculitis : its connection with the so-called tuberculides. (*Journ. of cut. dis.*, June 1907.)

C. J. White et Burns. —Lupus vulgaris hypertrophicus. (Boston derm. Soc., febr. 1907 ; in : *Journ. of cut. dis.*, sept. 1907.)

Sporotrichose

De Beurmann et Gougerot. — Etiologie et pathogénie de la sporotrichose. (*Trib. méd.*, n° 44, 2 nov. 1907.)

De Beurmann, Gougerot et Vaucher. — Gomme sporotrichosique du chat. (*Bull. Soc. méd. Hôp.*, n° 30, 31 oct. 1907.)

De Beurmann et Gougerot. —A propos de la discussion sur les sporotrichoses expérimentales. Réponse à MM. Lesné et Monier-Vinard. (*Bull. Soc. méd. Hôp.*, n° 30, 31 oct. 1907.)

De Beurmann et Gougerot. — Saprophytisme du *Sporotrichum Beurmanni* dans le bucco-pharynx et dans le larynx. (*Bull. Soc. méd. Hôp.*,n° 30, 31 oct. 1907.)

De Beurmann, Brodier et Gastou. — Sporotrichose gommeuse disséminée avec lésions laryngées. (*Bull. Soc. méd. Hôp.*, n° 30, 31 oct. 1907.)

L. M. Bonnet. — Sporotrichose ; présentation de cultures. (Soc. de méd. Lyon ; in : *Lyon méd.*, 29 déc. 1907.)

H. Dominici et Rubens Duval. —Sporotrichose de l'index ; lymphangite sporotrichosique consécutive. (*Bul. Soc. méd. Hôp.*, n° 30, 31 oct. 1907.)

Gaucher. — La sporotrichose. (*Gaz. des Hôp.*, et *Journ. méd. Bruxelles*, n° 33, 1907.)

Lesné et Monier-Vinard. — A propos des sporotrichoses expérimentales. (*Bull. Soc. méd. Hôp.*, n° 30, 31 oct. 1907.)

De Massary, Doury, Monier-Vinard. — Gomme sporotrichosique du triceps brachial. Ostéite astra-galienne et ramollissement du sommet d'un poumon de nature indéterminée. (*Bull. Soc. méd. Hôp.*, n° 37, 26 déc. 1907.)

Rubens Duval et Monier-Vinard. — Contribution à l'étude expérimentale et microbiologique de la sporotrichose. (*Bull.Soc. méd. Hôp.*, n° 30, 31 oct. 1907.)

Maladies Exotiques

Antony. — Présentation d'un malade atteint du ver de Guinée et traité sans succès par le chloroforme. (*Bull. méd. Hôp.*, n° 32, 10 nov. 1904.)

A. Austregesilo. — Contribuição ao estudo da bouba (frambœsia tropica) (*Gaz. clin.*, 1er déc. 1903.)

Billet. — Protozoaires dans le bouton du Nil. (Soc. de Biol., 7 juill. 1906 ; in : *Sem. méd.*, n° 29, 18 juill. 1906.)

Boigey. — Le bouton d'Orient. (*Arch. gén. de Méd.*, n° 9, sept. 1907.)

J. Brault. — Distribution géographique des piroplasmoses ou babésioses. (*Rev. scient.*, n° 16, 5e S., t. VIII, 19 oct. 1907.)

J. Brault. — Distribution géographique des bilharzioses. (*Arch. gén. de méd.*, n° 18, oct 1907.)

Bouffard. — Du mycétome à grains noirs en Afrique. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, oct., nov., déc. 1905.)

J. Brault. — Spirilloses, tréponémoses, trypanosomoses ; leur distribution géographique ; leur importance aux colonies. (*Arch. gén. de méd.*, n° 12, déc. 1907.)

Cannac. — Note sur deux cas de goundou. (*Arch. de parasitol.*, IX, 2.)

Cannac. — Contribution à l'étude du pian à la côte d'Ivoire, son traitement par le bichromate de potasse. (*Arch. de méd. nav.*, n° 1, janv. 1904.)

Cannac. — Le pian à la Côte d'Ivoire. (*Arch. de parasitol.*, IX, 2, 1905.)

Castellani. — Untersuchungen über Frambœsia tropica (yaws). (*Deutsche med. Woch.*, 25 janv. 1906.)

Clemow (Frank). — (Mycetoma, Madura foot) in the Yemen. (*British. med. Journ.*, 1906, n° 2364, S. 918, 3 fig.).

Danlos. — Clous de Biskra. (*Bull. Soc. Derm.*, janv. 1903, p. 31.)

Dubreuilh. — Report on tropical diseases of the skin. (*Journ. of cut. dis.*, oct. 1907.)

F. Eve. — A lecture on the pathology and treatment of tumours of the yaws. (*Brit. med. Journ.*, June 29, 1907.)

Ferrari. — Le craw-craw ou dermatose papulo-vésiculo-pustuleuse concomitante à la filariose. (*Rev. méd.-cir. do Brazil.*, nov. 1905.)

Froes. — Filariose (*Brazil-medico*, 15-22 févr. 1906.)

Gouzien.—Note sur la frambœsia à Pondichéry ; statistique hospitalière. (*Ann. d'hyg. et méd. colon.*, juil.-août.-sept., 1904, et n° 3, 1904.)

Hagen. — Note sur le pian au Cambodge. (*Ann. d'Hyg. et de méd. colon.*, oct., nov. et déc., 1904.)

Hutchins. — Report of two cases of larva migrans, with special reference to the treatment. (*Journ. of cut. dis.*, June 1906.)

R. T. Leiper. — The etiology and prophylaxis of dracontiasis. (*Brit. med. Journ.*, Jan. 19, 1907.)

L. Malmejac. — Simple note sur le clou de Biskra. (*Echo méd. du Nord.*, n° 9, 26 févr. 1905.)

Montel. — Quelques notes sur le pian au Cambodge. (*Ann. hyg. méd. colon.*, janv. févr., mars 1905.)

Neisser et Baermann. — Recherches expérimentales sur la frambœsia tropica. (*Münch. med. Woch.*, n° 28, 10 juill. 1906.)

C. Nicolle et Cathoire. — Note sur un cas de bouton de Gafsa. (*Caducée*, n° 10, 20 mai 1905.)

Nimier et Ed. Laval. — Un cas de ver de Guinée. (*Caducée*, n° 22, 19 nov. 1904.)

Rouffiandis. — Le *Ki-mo* ou pian du Laos. (*Ann. d'hyg. et de méd. coloniales*, avril-mai-juin, 1902.)

G. Raynaud. — Un cas de pian sur une Européenne. (Comité méd. des Bouches-du-Rhône ; in : *Lyon méd.*, page 440-19.)

Roubaud. — Contribution à l'étude de la filaire de Médine. (*Th. Paris*, 1905.)

A. Robertson. — Remarks on the bacteriology and treatment of yaws· (Frambœsia tropica). (*Brit. med. Journ.*, 5 oct. 1907.)

Roux. — Le pian. (*Caducée*, 20 sept. 1902.)

H. W. Stelwagon. — A second case of creeping eruption (Lee). Larva Migrans (Crocker), Hyponomoderma (Kaposi). Dermamyiasis Linearis Migrans distrosa (Kumberg), with brief reference to three other cases unpublished. (*Journ. of cut. dis.*, Aug. 1904.)

Trypanosomiases

Balfour. — Trypanosomiasis in the Anglo-Egyptian Sudan : the disease in mules (*Journ. of path. anod. Bacter.*, mars 1906.)

Broden. — Trypanosomiases animales au Congo. (*Acad. royale de méd. de Belgique*, 28 avr. 1906.)

A. Breinl. a. J. L. Todd. — Atoxyl in the treatment of trypanosomiasis. (*Brit. med. Journ.*, Jan. 19, 1907.)

Broden. — La trypanosomiase chez l'Européen. (Acad. roy. de Méd. Belgique, 30 déc. 1905 ; in : *Journ. méd. Bruxelles*, n° 8, 1906.)

Ziemann. — Beitrag zur Trypanosomenfrage. (*Centr. Bl. f. Bakter.*, XXXVIII, 4, 1905.)

L. Halberstaedter. — Untersuchungen bei experimentellen trypanosomenerkrankungen. (*Centralbl. f. Bakt. Parasit. u. Infekt.*, XXXVIII, B., 1905.

Laveran. — Sur trois virus de trypanosomiase humaine de provenances différentes. (Acad. des Sciences, 27-28 mai 1906 ; in *Presse méd.*, n° 44, 2 juin 1906 et *Caducée*, n° 11, 2 juin 1906.

Laveran et Mesnil. — Recherches expérimentales sur la trypanosomiase des chevaux de l'Annam et comparaison avec le Surra.(*Ann. de l'Inst. Pasteur*, n° 4, 25 avr. 1906.)

Nattan-Larrier. — Un nouveau cas de trypanosomiase chez un blanc. (*Bull. Soc. méd. hôp.*, n° 14, 3 mai 1906.)

NATTAN-LARRIER et TANON. — Valeur des exanthèmes dans la fièvre trypanosomiasique. (*Caducée*, n° 13, 7 juill. 1906.)

VASSAL. — Trypanosomiase des chevaux de l'Annam. (*Ann. de l'Inst. Pasteur.*, n° 4, 25 avr. 1906.)

Cavité buccale

O. AMOEDO. — Etude sur les épulis. (*Rev. de Stomat.*, V. XII, n. 10, oct. 1905.)

ARDENNE. — Déformation professionnelle de la lèvre supérieure (prolapsus de la muqueuse), chez un joueur de cor de chasse. (Soc. de méd. et chir. Bordeaux, 16 févr. 1906 ; in : *Gaz. hebd. d. Sc. méd. Bordeaux*, n° 13, 1 avr. 1906.)

AUCHÉ. — Etude anatomo-pathologique de la perlèche. (*Journ. de méd. Bordeaux*, n° 12, 25 mars 1906.)

BATAILLE. — Corps étrangers de la langue. (*Société de médecine de Rouen*, 11 juin 1906.)

BERARD. — Squirrhe atrophique de la langue par dégénérescence de leucoplasie chez un syphilitique. (*Lyon médical*, n° 28, 1906.)

BUDAY. — Pathogénie des inflammations gangréneuses de la bouche et du pharynx. (*Beiträge z. pathol. Anat. u. z. allgem. Pathol.*, t. XXXVIII, f. 2.

BOSQUETTE. — Epithélioma glandulaire de la langue. (*Soc. des Sc. méd. Lyon*, 16 mai 1906 ; in : *Lyon méd.*, n° 28, 15 juillet 1906.)

BOWDITCH POTTER. — L'atrophie lisse de la base de la langue de Virchow et sa valeur dans le diagnostic de la syphilis. (*Boston méd. a. surg. Journ.* vol. CLIV, n° 10, 8 mars 1906.)

BUTLY. — Planches illustrées montrant quelques variétés de cancer de la langue. (*British med. Journal.* 26 mai 1906.)

CALDERONE. — Glossite areata cronica. (*J. ital. d. mal ven.*, f. II, 1906.)

CARRIÈRE. — Contribution à l'étude du sarcome de l'amygdale chez l'enfant. (*Thèse de Paris*, juillet 1906.)

CHRISTIÉ. — L'emploi de la stovaïne comme anesthésique local dans la bouche et le nez. (*Glasgow med. Journal*, févr. 1906.)

COCKS. — Tubercular ulceration of the tongue. (*Manh. derm. Soc.*, déc. 1, 1905 ; in : *Journ. of cut. dis.*, March 1906.)

CONSTANTIN. — Des hémorragies tonsillaires et de leur traitement.. (in *Revue de Laryngol. et d'Otolog.*, n° 30, 28 juillet 1906.)

A. CONTE. — Tuberculome de la muqueuse nasale. (*Revue de laryngol. et d'Otolog.*, n° 30, 28 juillet 1906.)

COUÏTOUX. — Contribution à l'étude du développement et de la structure des épulis sarcomateuses. (*Thèse Paris*, 1905.)

DANLOS et DEHÉRAIN. — Tache ardoisée de la muqueuse buccale dans un cas de lichen de Wilson. (*Bull. Soc. fr. D. et S.*, mars 1906.)

DUBOIS-HAVENITH. — Glossite superficielle et œdème angionévrotique. (*La Policlinique*, n° 13, 1906.)

DUHOT. — Glossite scléro-parenchymateuse avec leucoplasie et dégénérescence cancéreuse. (*Presse Médicale belge*, n° 29, 22 juillet 1906.)

E. ESCAT. — Un cas de glossite basique phlegmoneuse. (*Arch. intern. Lar. Ot. Rhin.*, t. XX, nº 4, juil.-août, 1905.

ETIÉVANT. — La tuberculose velopalatine. (*Quinz. thérap.*, 25 juill. 1906.).

FARRELL. — Un cas de diagnostic de lésion buccale. (*An. of ot.*, mars 1906.)

L. FÉRÉ. — Tumeur papillaire de la muqueuse de la voûte du palais. Extirpation. Particularités histologiques intéressantes. (Soc. Anat. clin. Lille ; in : *Journ. des Sc. méd. Lille*, nº 51, 23 déc. 1905.)

FERRÉ. — De certaines infections secondaires d'origine buccale. (*Thèse Paris*, 1906.)

FOX. — Patient with lesion of the lip. (N. Y. derm. Soc., may 28, 1907 ; in: *Journ. of cut. dis.*, Aug. 1907.)

H. FOX. — Leucoplakia buccalis in a negro. (N. Y. Acad. Med., May 1907 ; in : *Journ. of cut. dis.*, Aug. 1907.)

GAUCHER et MALLOIZEL. — Ulcération linguale chez une enfant de 11 ans : syphilis acquise, datant de deux ans. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, mai 1906.)

GAUCHER et DOBROVICI. — Mal perforant buccal et maux perforants plantaires tabétiques (*Gaz. d. Hôp.*, nº 102, 14 sept. 1905)

GAUCHER et MALLOIZEL. — Ulcération linguale chez une enfant de 11 ans; syphilis acquise, datant de deux ans. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, nº 5, mai 1906.)

GAYET et PATEL. — Tumeur mélanique des gencives. (Soc. des Sc. méd. Lyon, 13 déc. 1905 ; in : *Lyon méd.*, nº 3, 21 janv. 1906.)

GOTTHEIL. — Quelques affections des lèvres de la bouche et de la langue vues par les dermatologistes. (*Laryngoscope*, nº 5, 1906.)

GRAHAM LITTLE. — Hemi-macroglossia. (Derm. Soc. of London, Apr. 11 th. 1906 ; in : *Brit. Journ. of Derm.*, May 1906.)

GRAHAM LITTLE. — Fordyce's disease of the buccal mucosa. (Derm. Soc. of London, Jan. 10 th. 1906 ; in : *Brit. Journ. of Derm.*, febr. 1906.)

G. GUILBAUD. — Syphilome diffus du voile du palais. (Soc. méd. chir. des hôp., 14 déc. 1905 ; in : *Gaz. méd. Nantes*, nº 1, 6 janv. 1906.)

HALLOPEAU et DONZÉ. — Sur une corne probable de la lèvre. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, mai 1906.)

M. B. HARTZELL. — A case of extensive leucoplakia beginning in childhood accompanied in the early stages by follicular keratosis of the skin and followed by carcinoma of the tongue. (*Med. Rec.*, febr. 19, 1907.)

HELLER. — Ueber syphilis der caruncula sublingualis. (Berlin. derm. Gesellsch, 23 jan. 1906 in : *Derm. Zeitschr.*, B. XIII, H. 5, mai 1906.)

JACQUES. — Traitement des scrofulides ulcéreuses bucco-pharyngées. (*Province méd.*, nº 20, 19 mai 1906.)

R. JOHNSTON. — Papilloma of the lingual tonsil. (*The Laryngoscope*, nº 7 juil. 1905.)

JULLIEN et STASSANO. — Gommes de la langue traitées par le levurargyre. (*Bull. Soc. fr. D. et S.*, mars 1906.)

KELSON. — Tumeur pédiculée de la luette chez un jeune homme de 19 ans. (Soc. de Lar. Londres, 2 févr. 1906 ; in : *Rev. hebd. de Lar. Ot. et Rhin.*, nº 29 21 juill. 1906.)

KOGAN. — Contribution au diagnostic des éruptions dans la cavité buccale (en russe). (*Voienno-med. journ.*, oct., nov., déc. 1905.)

MME C. DE LANGE. — Anomalies de la muqueuse gingivale chez les nourrissons comme signe de dégénérescence. (*Nederl. Tijdschr. v. Geneesk.*, 16 nov. 1907 ; in : *Sem. méd.*, n° 2, 8 janv. 1908.)

LETO. — Tumeur mixte du palais. (*Archiv. ital. di laryngol.*, n° 3, 1906.)

LÉVY-BING. — Leucoplasies syphilitiques et leur traitement. (XVe Intern. Kongr. v. 19-26, Apr. 1906, Lisbonne ; in : *Derm. Zeitschr.*, B. XIII, H. 7 Juli 1906.)

C. MAHÉ. — Existe-t-il une stomatite provoquée par les dentiers en caoutchouc ? (*Journ. méd. Bruxelles*, n° 15, 12 avr. 1906.)

MARASPINI. — Note sur l'amygdalite ulcéro-membraneuse chancriforme. (*Rev. hebd. de lar., d'ot., et de rhin.*, 18 nov. 1905.)

MARTUSCELLI.— Fibrome congénital de la langue (*Bollett. delle malatt. dell'orechio*, n° 7, 1906.)

MELZI. — Contribution à l'étude de la langue noire. (*Arch. intern. de lar. ot. et rhin.*, mars, avril 1906.)

MILIAN. — Rapport sur la leucoplasie. (*Bull. méd.*, n° 35, 5 mai 1906.)

MILIAN. — La leucoplasie. (*Quinzaine thérap.*, 25 mai 1906.)

MORESTIN. — Angiome de la langue (*Bull. et mém. Soc. anat. de Paris*, année 1880, 1905, série 6, T. 7, n. 10. S. 903-904.)

MOURIQUAND. — Pseudo actinomycose ; phlegmon suppuré de la joue gauche. (*Bull. méd.*, n° 26, 1906.)

NICOLAS et MOUTOT.—Syphilis secondaire et ulcération de la voûte palatine et des amygdales, avec association fuso-spirillaire. (*Lyon méd.* n° 25 1906.)

NOURY. — Contribution à l'étude des tumeurs botryomycosique de la lèvre chez l'homme. (*Thèse de Bordeaux*, 1906, 8°.)

PAYNE. — L'hypertrophie des amygdales (*Mississipi med. Monthly*, juin 1906.)

PERRIN et BLUM. — Note sur un cas de langue noire. (Soc. de méd. Nancy, 28 févr. 1906 ; in : *Rev. méd. de l'Est*, n° 11, 1er juin 1906.)

PIGNOT. — La perlèche. (*Méd. praticien*, n° 4, 5 janv. 1906.)

POTTER. — The value of Virchow's smoth atrophy of the base of the tongue in the diagnosis of syphilis. (*Boston med. and. surg. journ.*, 8 mars 1906.)

PROVERA (CESARE).—Un caso di ulcera tubercolare primitiva della lingua. (*Il Morgagni*, Anno 48, 1906, P. 1, N. 1, S. 27-31.)

REICHE. — Beiträge zur Kenntnis der Angina exsudativa ulcerosa. Die Plaut-Vincentsche Angina. (*Jahrb. d. Hamburg. Staatskrankenanstalt.* Bd. 9, 1903-1904, Hamburg, 1905, S. 86-126, 1 Taf.)

ROCAZ et LEURET. — Accidents laryngés consécutifs à la stomatite impétigineuse. (*Gaz. hebd. des Sc. méd. Bordeaux*, n° 50, 10 déc. 1905.)

J. N. ROY. — Primary melanosis of the palate ; nasobuccal fistula of recent sarcomatous origin. (*Med. Record*, nov. 2, 1907.)

J. N. ROY. — Leucokératose sublingnale. (Cong. ann. d. l. Soc. fr. Ot. et lar., 14 mai 1906 ; in : *Rev. hebd. de Lar., ot.* et *Rhin.*, n° 23, 9 juin 1906.)

M. ROY. — Les gingivo-stomatites. (*Le Méd. prat.*, n° 8, 5 mars 1906.)

SABRAZÈS, BONNES, PARSAT. — Macroglossite œdémateuse aiguë. (*Presse méd.*, n° 38, 12 mai 1906.)

J. Sabrazès et Ch. Lafon. — Granulome de la lèvre à mastzellen et à éosinophiles chez un cheval. (*Gaz. h. d. sc. méd. Bordeaux*, n° 49, 8 déc. 1907.)

Schilling. — Rezidivierende Stomatitis aphthosa. (*Zentralbl. f. inn. Med.*, Nr. 20, 19 mai 1906.)

Scot Skirving. — Observations on Oral Syphilis. (*Scott. med. a surg. Journ.*, n° 5, may 1906.)

Stelwagon. — A case of leukoplakia. (Philadelphia derm. Soc., déc. 19. 1905 ; in : *Journ. of cut. dis.*, febr. 1906.)

Venegas. — Un cas de noma guéri par les injections iodées. (*El Siglo med.*, 14 juillet 1906.)

Walther. — Ulcération tuberculeuse (?) de la langue. (*Soc. de chir.*, 11 juillet 1906.)

Weaver (George) and Tunnicliff (Ruth). — Ulceromenbranous angina (Vincents angina and Stomatitis. (*Journ. American med. assoc.*, vol. 46, 1906. n° 7, S. 481-484.)

E. Weill et Favre Gilly. — Epidémie de desquamation linguale associée à la perlèche. (*Ann. de méd. et chir. inf.*, n° 11, 1er juin 1906.)

Blennorrhagie — Gonocoque

Balzer et Tansard. — Traitement de la blennorrhagie chronique par les instillations de nitrate d'argent suivies de l'introduction d'un cathéter de zinc et de nickel. (*Journ. des Prat.*, n° 2, 11 janv. 1908.)

Carle. — La blennorrhagie et son traitement hâtif. (*Echo de la méd. et chir.* p. 10.)

Chauffard. — La kératose blennorragique. (*Rev. pr. d. mal. d. org. gén. urin.*, sept. 1907 et *Echo d. l. méd. et chir.*, p. 375.)

J. Clifton (Edgar). — Gonorrhea during pregnancy. (*Med. Rec.*, April 27, 1907.)

H. C· Coe. — Pathology of gonorrhea in women. (*Med.Rec.*,April 27, 1907.

R. I. Cole et J. C. Meakins. — The treatment of gonorrhœal arthritis by vaccines. (*Bull. of the Johns Hopk. Hosp.*, nos 195-196, June-July 1907.)

Crouzon et Doury. — Spondylose blennorragique (présentation de malades), (*Bull. Soc. méd. Hôp.*, n° 38, 2 janv. 1908.)

J. A. Gardner. — Chronic urethritis and an improved method of applying medication to the urethra. (*Med. Rec.*, déc. 22, 1906.)

Lortat-Jacob et Salomon. —.Syndrome radiculaire blennorragique à prédominance sciatique. (*Bull. Soc. méd. Hôp.*, n° 23, 4 juill· 1907.)

H. B. Sheffield. — Vulvovaginitis in children with especialy reference to the gonorrheal variety and its complications. (*Med. Rec.*, May 11, 1907.)

W. S. Stone. — Gonorrhea in women. Infection of the urethra, vagina, and ducts of the glands of Bartholin. (*Med. Rec.*, April, 27, 1907.)

J. C. Meakins. — The method of « Fixation of complement » in the diagnosis of meningogoccus and gonococcus infections. (*Bull. J. Hopk. Hosp.*, nos 195-196, June-July 1907.)

Milhit et L. Tanson. — Gonocoque et méningocoque. (*Presse méd.*, n° 5, 15 janv. 1908.)

TRAVAUX ORIGINAUX

Travail de la Clinique de dermatologie et de syphiligraphie de Toulouse.

(Prof. CH. AUDRY.)

SUR LE TRAITEMENT MERCURIEL DE LA SYPHILIS PAR LA VOIE RECTALE

Par G. BOYREAU,
Interne des hôpitaux

L'année dernière, M. le Professeur Ch. Audry expérimentait et conseillait le traitement mercuriel de la syphilis par la voie rectale. Il s'appuyait sur des faits auxquels l'on pourra se rapporter (1) et qui furent bientôt suivis (2) de la publication de trente autres observations.

Nous avons, sous sa direction, poursuivi l'étude de ce nouveau procédé thérapeutique. Les observations que nous donnons aujourd'hui nous confirment dans les conclusions déjà formulées : tolérance, innocuité et efficacité de la méthode.

Il n'a été fait fait usage, comme précédemment que de suppositoires à l'huile grise, dosés à 0,03 ctg. pour les adultes, à 0,01 ctg. pour les enfants leur administration a été quotidienne.

Encouragés par les résultats antérieurs,nous ne nous sommes plus bornés à traiter des syphilis bénignes et quelques-uns de nos cas ont trait à des manifestations sinon graves, du moins fortes. (obs. IV, V, VIII, XIX).

OBSERVATIONS

OBS. I. — Marie F..., 12 ans, entre salle Ste-Cécile, n° 9, le 6 mars 1906.

Chancre de la grande lèvre gauche, il y a deux mois.

Entre pour des plaques muqueuses disséminées sur la face interne des joues et les amygdales. Pas d'autres lésions.

Le 7 mars, on commence les suppositoires.

Le 12 mars, les plaques ont commencé à se rétrécir.

(1) *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1905, p. 793.
(2) *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1906, p. 231.

Le 20, les plaques amygdaliennes sont à peine visibles ; celles qui siègent sur les joues sont très améliorées.

Le 28, les plaques ont complètement disparu. Le traitement est continué jusqu'au 20 avril, date de la sortie de la malade. La tolérance a été parfaite : pas de douleurs anales, pas de diarrhée, ni d'érythème, légère salivation. Aucune autre manifestation secondaire.

Obs. II. — Marie G..., 24 ans, domestique, entre salle Ste-Cécile, n° 7, le 17 mars 1906.

Chancre passé inaperçu. Angine en janvier d'une durée de quinze jours. Apparition, il y a huit jours d'une roséole.

A son entrée, syphilides érythémateuses confluentes de dimensions variables, occupant le tronc et particulièrement la poitrine ; plaques muqueuses sur le voile et les piliers ; amygdales hypertrophiées.

Le 18, on commence les suppositoires.

Le 24, état stationnaire des lésions.

Le 26, les syphilides pâlissent ; plaques muqueuses améliorées.

Le 31, la roséole a presque disparu. Les plaques ne sont plus visibles. Mais diarrhée légère, coliques et douleurs anales au moment des défécations.

Le 2 avril, même diarrhée, mêmes douleurs. On cesse les suppositoires. Piqûre d'huile grise.

Le 3, la diarrhée continue. Purgation.

Le 5, il n'y a plus trace de roséole. La diarrhée et les douleurs ont cessé.

Le 8, seconde piqûre.

Le 12, la malade sort, ne présentant aucun accident spécifique.

Obs. III. — Anna E..., 25 ans, ménagère, entre salle Astruc, n° 2, le 26 mars 1906.

Ne se rappelle pas avoir eu de chancre.

Entre pour plaques muqueuses hypertrophiques et suintantes, atteignant en moyenne les dimensions d'une pièce de 50 centimes, multiples, siégeant sur les petites lèvres. Rien par ailleurs.

Le 27, on commence les suppositoires. Lavages quotidiens à l'eau de Labarraque.

Le 1er avril, état stationnaire des plaques. Légère diarrhée ; quelques épreintes, pas de douleurs anales. Pas de salivation.

Le 5 avril, diarrhée peu accentuée mais persistante. Purgation.

Le 7, plus de diarrhée. Les plaques sont moins suintantes mais persistent.

Le 10, légère amélioration des plaques qui commencent à s'affaisser.

Le 13, la cicatrisation des lésions est lente ; les lèvres sont œdémateuses.

Le 16, la cicatrisation n'a guère progressé. On abandonne les suppositoires. Piqûre d'huile grise.

Le 17, la malade sort. A ce moment les plaques, bien qu'améliorées, persistent ; elles ne sont plus suintantes, mais sont encore surélevées et peu rétrécies. L'œdème des lèvres a diminué.

Le 21, seconde injection. Même état local.
Le 26, troisième injection. Cicatrisation peu avancée des plaques. Œdème des petites lèvres persistant.
La malade n'est plus venue depuis se faire traiter.

Obs. IV. — Alexandre B..., 48 ans, chiffonnier, entre salle St-Victor, n° 6, le 31 mars 1906.

Chancre passé inaperçu. Macules brunes, de dimensions variables, apparues, il y a quatre mois, sur la face interne des cuisses.

A son entrée : taches jambon fumé, légèrement saillantes, occupant les cuisses et principalement la face interne. Plaques muqueuses siégeant sur la face inférieure de la langue, sur les piliers antérieurs et les amygdales. Syphilides papulo-squameuses péri-anales. Induration sur la face dorsale de la verge, à 5 à 6 centimètres du bord libre du prépuce ; céphalée. Amaigrissement marqué. Perte des forces.

Le 1er avril, on commence les suppositoires.

Le 4, diarrhée intense, pas de coliques, pas de douleurs anales. Purgation.

Le 7, les syphilides sont stationnaires. La diarrhée a diminué.

Le 10, plus de diarrhée. Les plaques de la bouche ont disparu. Les syphilides périanales se sont affaissées. Les syphilides des cuisses ont légèrement pâli.

Le 13, l'amélioration des lésions s'accentue.

Le 17, la malade sort. A ce moment, les plaques de l'anus sont réduites à l'état de macules pigmentées. Les syphilides des cuisses sont pâlies mais visibles. Bon état général.

Obs. V. — Maurice B..., coiffeur, 24 ans, entre salle St-Victor, n° 13, le 2 avril 1906.

Chancre induré, siégeant près du filet, apparu il y a trois mois. Chute des cheveux depuis un mois.

Enrouement depuis une quinzaine.

A son entrée, roséole à petites macules visibles à jour frisant sur l'abdomen et les cuisses ; quelques syphilides papuleuses péri-anales ; plaques muqueuses de la langue. Anémie prononcée.

Le 3, on commence les suppositoires.

Le 7, les plaques de la langue sont à peine visibles.

Le 10, la roséole a disparu. L'enrouement est diminué.

Le 12, les syphilides de la région anale se sont affaissées.

Pas de douleurs anales. Pas de diarrhée. Les plaques muqueuses de la langue ont disparu.

Le 17, le malade sort. Les syphilides papuleuses ne sont plus représentées que par des macules très peu pigmentées. La tolérance a été parfaite.

Obs. VI. — Pierre S..., 55 ans, cantonnier, entre salle Saint-Victor, n° 7, le 4 avril 1904.

Chancre du prépuce apparu il y a 3 mois. Depuis un mois chute des cheveux, lassitude générale, céphalée.

A son entrée, syphilides papuleuses et papulo-squameuses à la région dorsale, nummulaires, quelques-unes en nappe et taches cuivrées; vestiges d'anciennes syphilides disséminées sur le dos également et sur la partie postérieure des cuisses. Rien par ailleurs.

Le 5, on commence les suppositoires.

Le 10, les papules s'affaissent ; la desquamation dont elles sont le siège est moins marquée.

Le 16, ces papules, encore plus affaissées, pâlissent de même que les taches cuivrées. Pas de diarrhée. Pas de douleurs intestinales ou anales.

Le 18, l'amélioration des lésions s'accentue.

Le 21, le malade quitte l'hôpital. A sa sortie l'éruption papuleuse est peu visible ; la plupart de ses éléments sont réduits à l'état de macules souvent peu marquées. Les taches cuivrées existent mais sont très pâlies. Les forces du malade reviennent.

Obs. VII. — O. R..., 20 ans, relieuse, entre salle Ste-Cécile, n° 6, le 5 avril 1906.

Chancre induré de la petite lèvre droite, il y a environ trois mois.

A son entrée, roséole discrète, peu visible sur l'abdomen, plus manifeste sur les cuisses et principalement sur leur face interne. Syphilides papuleuses, de la grosseur d'une lentille, assez confluentes, sur la poitrine et le cou ; quelques-unes, surtout au cou, sont vésiculeuses. Amaigrissement. Asthénie. Plaques muqueuses des grandes lèvres.

Le 6, on commence les suppositoires.

Le 11, amélioration des plaques, moins suintantes ; la roséole est effacée. Tendance à la constipation.

Le 15, les papules s'affaissent. Syphilides vésiculeuses rompues pour la plupart, surmontées d'une croûtelle.

Le 21, les plaques muqueuses se cicatrisent rapidement. Une seule, placée sur le clitoris et recouverte par le capuchon, reste stationnaire. Les syphilides sont presque complètement affaissées.

Le 28, la plaque clitoridienne est cicatrisée. Les syphilides ont pâli. Constipation. Fissures anales très superficielles dans les plis radiés, douloureuses au moment des défécations. Pas de douleurs anales ou rectales à proprement parler. Pas de coliques.

Le 6 mai, les fissures, traitées au nitrate, se cicatrisent. Les syphilides ne sont plus visibles. Les plaques muqueuses sont complètement cicatrisées.

Le 12, la malade sort, ne présentant aucune trace d'accident syphilitique.

Obs. VIII. — Bernard C..., 32 ans, marchand de chevaux, entre salle St-Victor, n° 8, le 7 avril 1906.

Alcoolique.

Ce malade qui, en février 1906, avait été traité par les suppositoires, puis par les frictions sans résultats meilleurs ou tout au moins plus rapides, rentre sans avoir continué de se soigner, porteur d'infiltrats papuleux larges, siégeant sur les membres, et d'ecthymas syphilitiques dévelop-

pés sur les avant-bras et principalement sur les cuisses et le mollet droit. Sur ce dernier, la perte de substance atteint presque les dimensions d'une paume de main ordinaire. Macules brunes sur le tronc, vestiges de l'ancienne poussée éruptive. Amaigrissement très prononcé. Anorexie. Rien dans les urines.

Le 7, on reprend les suppositoires. Emplâtre de Vidal sur les ecthymas.

Le 11, les suppositoires sont bien tolérés, mais pas de modifications sensibles des lésions.

Le 15, état torpide des ecthymas. On abandonne les suppositoires pour les injections d'huile grise (tous les cinq jours), et l'iodure (4 gr. par jour).

Le 19, les ulcérations commencent à s'améliorer; leurs bords sont moins enflammés ; leur fond bourgeonne. Etat général profondément atteint.

Le 28, la cicatrisation des ecthymas a progressé mais *très lentement.*

Le 10 mai, les lésions continuent à s'améliorer, mais avec la même lenteur. Dépression physique considérable. Amaigrissement, symptômes anémiques. On fait des injections quotidiennes de cacodylate (0,10ctg. *pro die*).

Le 20 mai, les ecthymas ne sont pas encore complètement cicatrisés. On porte l'iodure à 6 gr. par jour.

Le 24 mai, le malade quitte l'hôpital : à ce moment, son état général s'est relevé ; il commence à reprendre de l'embonpoint. Les ulcérations sont presque guéries. Eruption, sur la face et le front, d'acné iodique.

Nous suivons ce malade qui vient régulièrement, tous les sept jours, à la clinique se faire faire des injections d'huile grise. Malgré le traitement poursuivi, il a jusqu'ici présenté trois à quatre poussées d'éruptions papuleuses très confluentes et dont la durée a chaque fois été très longue. Son affaiblissement général indique une forme assez sévère de l'affection.

Obs. IX. — Jean D..., 23 ans, cultivateur, entre salle St-Victor, n° 3, le 10 avril 1906.

Ce malade, traité en décembre 1905, par les suppositoires, avec succès, rentre présentant des plaques muqueuses des lèvres et du pilier antérieur droit. Céphalée. Fatigue générale. N'a suivi aucun traitement depuis sa sortie.

Le 11, on reprend les suppositoires.

Le 15, amélioration notable des plaques. Tolérance parfaite.

Le 17, les plaques ont disparu.

Le 19, le malade sort, ne présentant aucun autre accident. Céphalée moins intense. Légère anémie.

Obs. X. — O. G..., 24 ans, bonne, entre salle Astruc, n° 10, le 11 avril 1906.

Depuis trois ans, deux fausses couches de 6 mois 1/2 et de 7 mois 1/2.

Il y a trois mois, vient à la consultation, au septième mois d'une troisième grossesse, présentant des syphilides papulo-tuberculeuses sur les membres inférieurs. Piqûres d'huile grise. A accouché à terme sans incidents.

A son entrée, la malade ne présente plus au niveau des anciennes lésions que des placards fortement pigmentés avec un léger degré d'infiltration.

Le 12 avril, on commence les suppositoires.

Le 17, les taches brunes pâlissent ; l'infiltration diminue. On donne, en même temps 2 gr. d'iodure par jour.

Le 25, l'infiltration a presque disparu.

Le 3 mai, les lésions sont réduites à des macules dont la coloration est passé du brun au jaune clair. Quelques douleurs anales au moment des défécations. A l'examen de la région, petite fissure, au fond d'un pli radié, très superficielle.

Le 7 mai, la fissure traitée au nitrate est guérie. Plus de douleurs. La coloration des macules reste stationnaire.

Le 12, on cesse les suppositoires. Injections d'huile grise tous les six jours.

Le 28, la malade sort. Les taches ont continué à pâlir, mais sans plus de rapidité qu'avant les piqûres ; Elles sont encore visibles.

Obs. XI. — Jean M..., 20 ans, ajusteur, entre salle St-Victor, n° 14, le 13 avril 1906.

Chancre du fourreau de la verge, il y a deux mois. A son entrée, lésions banales de la gale, syphilides acnéiques, peu confluentes, sur la face antérieure du tronc et au devant du cou, syphilides squameuses très peu surélevées, brunes, disséminées. Rien dans la gorge. Aucune autre lésion spécifique.

Le 13, traitement de la gale.

Le 16, on commence les suppositoires.

Le 21, amélioration des syphilides acnéiques qui s'affaissent et des syphilides squameuses qui pâlissent. Tolérance absolue. Léger prurit anal, sans lésions appréciable.

Le 25, les syphilides acnéiques ont presque disparu. Les autres syphilides ne desquament plus et sont encore plus pâles.

Le 30, le malade sort, aucune trace ne reste des accidents traités.

Obs. XII. — F. L..., 30 ans, homme d'équipe, entre salle St-Victor, n° 7, le 18 avril 1906.

A son entrée, plaques muqueuses confluentes du gland et du prépuce, apparues il y a un mois et demi ; plaques muqueuses hypertrophiques suintantes et multiples de la marge de l'anus. Hémorroïdes internes faiblement procidentes.

Le 18 avril, on commence les suppositoires.

Le 22, les plaques du gland et du prépuce commencent à se cicatriser; Celles de l'anus sont moins suintantes et s'affaissent.

Le 27, les plaques du gland ont disparu. Amélioration très nette de celles de l'anus.

Le 2 mai, le malade sort. A ce moment, il ne persiste plus que les plaques hypertrophiques de la marge de l'anus ; mais, elles sont considéra-

plement affaissées ; quelques-unes sont comme flétries. La tolérance a été parfaite.

Obs. XIII. — S. A..., 23 ans, maréchal ferrant, entre salle St-Victor, nº 3, le 20 avril 1906.

Chancre induré du fourreau, apparu il y a huit jours. Aucune autre lésion.

Le 20 avril, on commence les suppositoires.

Le 22, excision du chancre pour biopsie ; nombreux treponemas.

Le 7 mai, le malade sort n'ayant présenté aucun autre accident. La tolérance a été absolue ; absence de phénomènes douloureux, pas de diarrhée. La plaie résultant de l'excision du chancre est complètement cicatrisée.

Obs. XIV. — Auguste M..., pâtissier, 23 ans, entre salle St-Victor, nº 14, le 28 avril 1906.

A son entrée, chancre infecté du sillon balano-préputial apparu, il y a trois semaines, pléiades ganglionnaires inguinales, surtout à gauche. Roséole à petites taches sur l'abdomen et la partie supérieure des cuisses.

Le 28, on commence les suppositoires.

Le 6 mai, la roséole a considérablement pâli.

Le 8, le chancre, traité localement à la poudre de calomel, commence à se cicatriser.

Le 13, la roséole a complètement disparu.

Le 14, le malade sort ; le chancre est presque cicatrisé.

Les adénopathies ont sensiblement régressé.

Les suppositoires ont été parfaitement tolérés.

Obs. XV. — Louis M..., 28 ans, mécanicien, entre Salle St-Victor, nº 11, le 12 mai 1906.

A son entrée, induration sur le fourreau de la verge, vestige d'un chancre, apparu il y a un mois et demi. Roséole, marquée surtout sur l'abdomen, composée d'éléments maculeux, lenticulaires, très légèrement saillants et d'éléments vésiculeux ayant, au centre, un poil et entourés d'une auréole papuleuse rouge.

Rien par ailleurs.

Le 13, on commence les suppositoires.

Le 18, les macules pâlissent ; quelques vésicules s'affaissent et se flétrissent.

Le 21, la roséole pâlit de plus en plus. Les papules vésiculeuses ne sont guère plus saillantes ; quelques-unes présentent une fine croûtelle.

Le 22, douleurs anales au moment de la défécation ; prurit anal intermittent. L'examen de la région est négatif. Pas de diarrhée. Selles quotidiennes dures.

Le 23, disparition des croûtelles. Plus de douleurs.

Le 25, le malade sort ; il ne reste aucune trace de la roséole.

Obs. XVI. — Jean B..., 71 ans, vannier, entré le 15 mars 1906, salle Saint-Victor, n° 13.

A son entrée, deux chancres indurés du fourreau et du scrotum, apparus en même temps, il y a deux mois, syphilides papuleuses, brunes. nummulaires, peu confluentes, disséminées sur tout le corps depuis quelques jours. Aucun trouble nerveux.

Le 15, on commence les suppositoires. Excision du chancre scrotal pour biopsie ; on voit des treponemas en petit nombre.

Le 20, les syphilides s'affaissent et pâlissent.

Le 24, les papules ne sont que très légèrement surélevées ; elles ont passé au jaune clair.

Le 25, dans l'après-midi, léger ictus, sans perte de connaissance, laissant une parésie gauche de la face et du membre supérieur correspondant avec embarras peu marqué de la parole.

Le 30, le malade quitte l'hôpital, réclamé par sa famille. Les syphilides sont complètement affaissées mais elles sont encore visibles. Aucune aggravation des phénomènes parétiques.

Obs. XVII. — André V..., 18 ans, serrurier, entre Salle St-Victor, n° 14 le 15 mai 1906.

A son entrée, induration sur le fourreau, près du bord libre du prépuce d'un chancre apparu il y a trois mois et demi ; tout autour, plaques muqueuses infectées. Adénopathie inguinale gauche douloureuse avec rougeur de la peau. Rien dans la bouche. Pertes des forces. Céphalée vespérale de temps en temps. Etat anémique. Quelques excès de boissons.

Le 16, on applique le traitement.

Le 18, les plaques détergées s'améliorent. Sensation de chaleur à l'anus, sans prurit.

Le 20, l'amélioration continue, la cicatrisation fait des progrès. L'adénopathie est moins douloureuse, et a diminué de volume.

Le 22, les suppositoires sont bien supportés. Selles quotidiennes, indolores. Les plaques sont très rétrécies. L'adénopathie diminue. Léger relèvement des forces.

Le 25, le malade sort. Les plaques sont cicatrisées. L'adénite n'est plus douloureuse mais encore visible. Aucun trouble gastro-intestinal ou rectal.

Obs. XVIII. — C. S..., 21 ans, sans profession, entre le 25 mai 1906, salle Ste-Cécile, n° 4.

Chancre passé inaperçu.

Entre pour plaques muqueuses hypertrophiques des grandes lèvres, multiples, suintantes ; sur la nuque et le cou, empiétant sur le devant de la poitrine, syphilides pigmentaires ; plaques muqueuses sur l'amygdale droite, hypertrophie notable des amygdales, peu de rougeur de la gorge.

Le 25, on commence les suppositoires. Lavages des plaques vulvaires à l'eau de Labarraque.

Le 30, les plaques amygdaliennes ont disparu.

Le 4 juin, les plaques hypertrophiques ne suintent plus et s'affaissent.

Aucune douleur à l'anus. Aucune modification des syphilides pigmentaires.

Le 6, les plaques des grandes lèvres se sont aplanies et rétrécies.

Le 10, plaques vulvaires, presque cicatrisées. Les amygdales sont encore volumineuses ; la rougeur de la vulve a disparu.

Le 15, les plaques des lèvres sont complètement cicatrisées. Les syphilides pigmentaires n'ont que très peu pâli. On met la malade aux frictions.

Le 25, la malade quitte l'hôpital. Syphilides pigmentaires nettement visibles.

Obs. XIX. — François F..., 43 ans, jardinier, entre salle St-Victor, n° 4, le 10 mai 1906.

A son entrée, induration sur le fourreau de la verge d'un chancre dont l'apparition remonte à trois mois. Syphilides papuleuses, légèrement squameuses, discrètes, sur l'abdomen ; plaques muqueuses hypertrophiques de la marge de l'anus ; hémorroïdes externes ; l'une d'elles est ulcérée. Rien dans la bouche ; picotements laryngiens et déglutition douloureuse. On commence le traitement le 10 mai.

Le 14, les syphilides de l'abdomen ont perdu leurs squames et ont commencé à pâlir. Douleurs osseuses siégeant sur le tibia gauche qui présente à son tiers moyen, près du bord antérieur, une exostose très sensible à la pression. Insomnie. Aspirine.

Le 16, les plaques hypertrophiques s'affaissent. Aucun trouble rectal. Céphalée.

Le 20, persistance des douleurs osseuses. L'exostose augmente de volume. Les syphilides de l'abdomen se sont complètement aplanies.

Le 22, l'exostose a encore subi un accroissement sensible ; les douleurs sont violentes la nuit. L'aspirine reste sans effet. Les syphilides de l'abdomen ont disparu, les plaques muqueuses hypertrophiques se sont peu affaissées. Défécations douloureuses et selles sanglantes. A l'examen du rectum, hémorroïdes turgescentes, enflammées, suintement séro-purulent. On cesse les suppositoires pour les injections d'huile grise, tous les 6 jours, et l'iodure (2 gr. par jour).

Le 25, les douleurs rectales ont diminué sous l'influence de lavements très chauds.

Le 26, l'exostose tibiale semble régresser; elle est moins sensible à la palpation, mais elle est, la nuit, le siège d'élancements violents, parfois difficilement supportables. Les plaques de l'anus, bien que diminuées de volume, ont encore leur aspect bourgeonnant. Hémorroïdes moins tendues et mions rouges. En somme, l'amélioration est lente.

Le 29, l'exostose reste stationnaire. Mêmes douleurs.

Le 9 juin, l'amélioration restant lente, on quitte les injections pour des frictions quotidiennes.

Le 14, les douleurs tibiales ont sensiblement diminué ; l'exostose est moins volumineuse. Céphalée persistante.

Le 18, le malade sort. A ce moment, les plaques de l'anus ont en partie

disparu ; quelques-unes restent encore, mais peu surélevées. L'exostose continue de régresser. Les maux de tête persistent.

Obs. XX. — Rosa D..., 23 ans, ménagère, entre le 11 mai 1906, salle Sainte-Cécile, n° 7.

Atteinte depuis quatre ans d'une cystite tuberculeuse très douloureuse. A son entrée, elle présente une roséole à petites taches, confluente, sur le ventre et les cuisses et des plaques muqueuses des grandes lèvres surélevées, suintantes et multiples. Induration suspecte sur la fourchette.

Le 11 mai, on commence à traiter sa cystite (lavages au sublimé à 1/10000) et sa syphilis.

Le 16, la roséole commence à pâlir.

Le 19, la roséole a disparu. Les plaques des lèvres sont moins suintantes, lisses.

Le 26, les plaques muqueuses se sont très rétrécies ; elles sont complètement affaissées. En présence de l'intoléance de la vessie qui, devenant absolue, entrave le repos de la malade, on fait une cystostomie. On n'interrompt pas les suppositoires qui sont bien supportés.

Le 28, les plaques continuent à se cicatriser.

Le 10 juin, la cicatrisation est complète.

Le 12, l'amélioration de l'état général est très sensible. Les suites opératoires ont été excellentes. La malade urine par la sonde ; elle ne souffre plus, repose et s'alimente. On continue les suppositoires.

Le 27, la malade commence à engraisser. Aucun autre accident spécifique.

Le 10 juillet, on interrompt le traitement mercuriel pendant cinq jours.

Du 15 au 20, date de sa sortie, la malade a repris les suppositoires qu'elle a toujours parfaitement supportés. Elle est mise au bichlorure de Hg et vient toutes les trois semaines faire surveiller sa sonde à demeure. Elle ne souffre plus ; sa vessie ne se vide plus que toutes les 2 heures 1/2. Elle ne présente aucune éruption : son état général est excellent.

Obs. XXI. — Jean M..., 34 ans, marchand, entre le 16 mai 1906, salle Saint-Victor, n° 7.

Ethylisme. Présente des syphilides papuleuses et papulo-squameuses sur la poitrine et l'abdomen. Chancre induré du prépuce mis à découvert et enlevé par une circoncision ; rien par ailleurs. Hémorroïdes internes. Opéré, depuis trois ans, à deux reprises, pour abcès péri-rectaux.

Le 17, circoncision ; on applique les suppositoires.

Le 20, diarrhée, douleurs anales. On interrompt le traitement.

Le 22, plus de douleurs, ni de diarrhée. On reprend les suppositoires.

Le 24, les douleurs reprennent plus fortes ; défécations pénibles. Amélioration lente des syphilides.

Le 31, les phénomènes douloureux augmentant, on met le malade aux frictions. A ce moment, les hémorroïdes sont procidentes et enflammées. Les syphilides ont pâli, la plupart sont en voie de disparition.

Le 8 juin, les accidents ont complètement disparu. Douleurs rectales,

malgré des lavements très chauds. Une hémorroïde suppure. On continue les frictions.

Le 20, le malade passe en chirurgie pour se faire enlever son bourrelet hémorroïdaire.

Obs. XXII. — Anna M..., 29 ans, tailleuse, entre le 13 mai 1906, salle Ste-Cécile, n° 6.

Chancre passé inaperçu.

A son entrée, syphilides papuleuses sur la poitrine et le cou, syphilides croûteuses du cuir chevelu ; plaques muqueuses sur les amygdales hypertrophiées, enrouement ; plaques muqueuses sur la face interne de la grande lèvre droite.

Le 13, on commence les suppositoires.

Le 20, les syphilides du cou et de la poitrine sont affaissées ; au cuir chevelu, les croûtes sont tombées. Les plaques amygdaliennes ont disparu. Celles de la grande lèvre ne se sont pas modifiées. Plus d'enrouement.

Le 26, les syphilides papuleuses sont aplanies et pâles ; elles ont disparu au cuir chevelu. Lente amélioration des plaques vulvaires.

Le 4 juin, les syphilides ont disparu. Les plaques de la grande lèvre sont en bonne voie de cicatrisation. La malade sort ; on la met aux piqûres.

Elle rentre le 31 juin pour bartholinite et séjourne dans le service jusqu'au 27 juillet ; on la soumet, durant tout ce temps, aux suppositoires qu'elle supporte parfaitement comme pendant son premier séjour. Aucun autre accident spécifique.

Obs. XXIII.— Marguerite L..., 25 ans, ménagère, entre le 28 juin 1906, salle Ste-Cécile, n° 6.

Chancre de la grande lèvre gauche, apparu il y a un mois, suintant.

Le 29 juin, on commence les suppositoires. Poudre de calomel sur le chancre.

Le 6 juillet, diarrhée légère, sans coliques ni douleurs anales.

Le 8, la diarrhée cesse. Chancre très diminué.

Le 10, la cicatrisation progresse.

Le 12, cicatrisation complète. Diarrhée. Purgation.

Le 15, la diarrhée cesse.

Le 16, on reprend les suppositoires.

Le 21, la malade sort. Aucun symptôme rectal, aucune éruption spécifique.

Obs. XXIV. — B. R..., 22 ans, sans profession, entre le 11 avril 1906, salle Ste-Cécile, n° 9.

Chancre de la petite lèvre droite, il y a trois mois.

A son entrée, plaques muqueuses de l'amygdale droite, roséole confluente sur le tronc et les cuisses.

Le 12, on commence les suppositoires.

Le 16, la roséole pâlit. Les plaques muqueuses se rétrécissent.

Le 21, la roséole a disparu ainsi que les plaques amygdaliennes.

Le 27, la malade sort. Tolérance absolue. Aucun autre accident.

Obs. XXV. — Eugénie M..., 24 ans, couturière, entre le 3 novembre 1905, salle Ste-Cécile, n° 11.

Chancre passé inaperçu.

Roséole il y a 1 an 1 /2. Récidive trois mois après.

A son entrée, elle présente une troisième poussée de syphilides érythémateuses.

On commence aussitôt le traitement. Piqûres d'huile grise tous les six jours. A la troisième, salivation très abondante, gencives très douloureuses, surtout au niveau des deux molaires inférieures gauches, cariées. On arrête le traitement, en le reprend 1 mois 1 /2 après. A la seconde piqûre, on est obligé de l'interrompre, la salivation réapparaissant ; troubles digestifs, vomissements. Deux mois après, on essaie les suppositoires pendant quelques jours ; ils sont mal supportés .A ce moment, la malade contracte, d'une voisine, une angine de Vincent, très douloureuse, avec symptômes généraux graves. Elle en guérit, mais sa bouche reste en mauvais état. Avulsion de trois dents dont les deux molaires cariées. Ostéite de la branche gauche du maxillaire.

Elle passe en chirurgie où en enlève un séquestre. Il persiste une fistule. Elle entre dans le service le 13 juin, date à partir de laquelle on la met aux suppositoires quotidiens.

Pendant 4 à 5 jours, diarrhée cédant à une purgation. Depuis cette époque, la malade continue son traitement par la voie rectale avec des périodes de quelques jours de repos tous les mois. Aucun symptôme d'intolérance. Ecoulement séreux, minime par la fistule.

Le 28 août 1906, diarrhée. Cessation des suppositoires.

Le 13 septembre, la diarrhée cesse. On laisse la malade au repos.

Le 20 septembre, reprise des suppositoires. Aucun accident spécifique à signaler. La fistule est fermée.

Obs. XXVI. — Julie B..., 36 ans, nourrice, entre le 14 juin 1906, salle Astruc, n° 6.

Entre pour chancre du sein gauche apparu au deuxième mois de l'allaitement d'un nourrisson syphilitique. Le chancre a les dimensions d'une pièce de deux francs, il occupe l'aréole et empiète sur le mamelon. Aucune autre lésion par ailleurs.

Le 15, on commença les suppositoires. Sur le chancre, pommade au calomel.

Le 20, le chancre commence à se rétrécir.

Le 26, apparition d'une roséole assez confluence sur la partie supérieure des cuisses et sur l'abdomen.

Le 30, la roséole est très pâlie, peu visible en certains endroits. La malade quittant l'hôpital est mise aux piqûres. A ce moment, le chancre est presque cicatrisé. La cicatrisation est complète le 3 juillet. Elle rentre le 19 juillet et séjourne dans le service jusqu'au 24 août. Elle est soumise

durant ce temps et de nouveau aux suppositoires qu'elle supporte encore parfaitement. Aucun autre accident spécifique.

Obs. XXVII. — Ferdinand B..., 16 mois, entre le 19 juillet 1906, salle Astruc, n° 2 *bis*.

A contracté la syphilis de sa mère contagionnée par un nourrisson. Chancre passé inaperçu.

A son entrée, syphilides maculeuses, brunes, apparues depuis quatre jours et disséminées sur les cuisses et l'abdomen. Adénopathies sous-maxillaires, à droite surtout.

Le 19, on commence les suppositoires. La roséole s'étend au cou.

Le 25, augmentation de volume des adénopathies, indolores ; les syphilides sont aussi colorées ; elles ont gagné les urines. Bon état général. Aucun trouble gastro-intestinal.

Le 30, la roséole persiste, sans modifications.

Le 3 août, les ganglions ont diminué de volume.

Le 6, la roséole commence à pâlir.

Le 10, les syphilides sont à peine visibles.

Le 20, l'éruption a presque disparu ; il persiste, en certains points, des taches, teinte paille, souvent peu visibles.

Le 24, l'enfant sort. La roséole a disparu, les adénopathies existent encore, mais bien diminuées. Tolérance parfaite.

Obs. XXVIII. — Jeanne T.., 19 ans, couturière, entrée le 16 août 1906, salle Ste-Cécile, n° 7.

Chancre induré de la petite lèvre droite apparu il y a huit jours. Pléiade ganglionnaire droite. Rien par ailleurs.

Le 17, on commence les suppositoires. Poudre de calomel sur le chancre.

Le 19, apparition de syphilides pigmentaires sur la nuque. Légère céphalée. Aucun trouble intestinal ou rectal.

Le 21, le chancre s'est rétréci.

Le 25, la cicatrisation a rapidement progressé.

Le 28, demande de sortie. Le chancre est presque cicatrisé.

Obs. XXIX. — Jean V..., 19 ans, domestique, entre le 23 août 1906, salle St-Victor, n° 13.

Chancre du sillon balano-préputial, apparu il y a un mois et demi. Phimosis. Rien par ailleurs.

Le 24, circoncision. On commence les suppositoires. Poudre de calomel sur le chancre.

Le 27, quelques coliques, diarrhée légère.

Le 28, les symptômes intestinaux ont disparu.

Etat stationnaire du chancre.

Le 2 septembre, réunion parfaite de la ligne d'incision.

Le 8 septembre, le chancre n'a que très peu diminué d'étendue, surface inégale et suintante, léger œdème des parties avoisinantes. Pansements au vin aromatique.

Le 13, même lenteur dans la cicatrisation. Tolérance absolue.

Le 20, l'œdème n'existe plus. Le chancre se rétrécit peu, suintement persistant. Aucun phénomène douloureux. Aucun autre accident spécifique.

Le 25, surface du chancre nettement bourgeonnante, bien diminué d'étendue. Mais la réparation ne s'accélère pas. On cesse les suppositoires. Piqûre d'huile grise.

Le 30, amélioration manifeste du chancre, bien rétréci.

Obs. XXX. — Maria A..., 27 ans, sans profession, entre le 20 septembre 1906, salle Astruc, n° 11.

Chancre passé inaperçu.

Céphalée, il y a un mois, ayant duré quelques jours. Syphilides papulo-squameuses, depuis 15 jours, brunes, disséminées sur le tronc et les membres, franchement psoriasiformes en certains endroits (bras, cuisses), en figures circinées sur les avant-bras. Deux plaques muqueuses hypertrophiques sur la grande lèvre gauche, suintantes. Rien dans la gorge.

Le 21, on commence les suppositoires. Sur les plaques muqueuses, eau de Labarraque.

Le 25, les syphilides perdent leurs écailles épidermiques et pâlissent.

Le 27, les plaques muqueuses ne suintent plus.

Le 1er septembre, les syphilides du tronc ont presque disparu. Celles des membres sont très affaissées et prennent une teinte jaune clair. Quelques-unes sont à peine visibles. Plaque muqueuse en voie de cicatrisation. Les suppositoires sont bien tolérés.

Obs. XXXI. — X. G..., 3 ans et demi, entre salle Ste-Cécile, n° 2 *bis*, le 30 novembre 1905.

Du 22 mars, date à laquelle s'arrête la première partie de l'observation, jusqu'au 10 juillet 1906, date de sa sortie, l'enfant a été soumis aux suppositoires, avec, temps en temps, des périodes de repos, de 6 à 8 jours. Ils ont été parfaitement tolérés. Il n'y a signaler, durant cette période, qu'un seul accident spécifique, une plaque muqueuse de la lèvre inférieure, apparue le 1er mai et disparue complètement le sept de ce même mois.

L'enfant a quitté l'hôpital en très bon état.

Le nombre total des malades traités jusqu'à ce jour à la Clinique de Toulouse par les suppositoires à l'huile grise atteint le chiffre de 80.

La lecture de nos observations établit d'abord l'efficacité de la méthode. Il a été déjà dit que le mercure des suppositoires à l'huile grise passe assez promptement dans les urines, ce qui prouve son absorption et d'autre part la clinique montre que les accidents sont, en général, rapidement améliorés et même enrayés, surtout ceux de la zone bucco-gutturale. L'amélioration a été dans tous nos cas manifeste ; elle a commencé à se produire du 4e au 6e jour

en moyenne. Nous n'avons point à nous étonner des récidives ou des poussées survenues en cours de traitement : le mercure, quels que soient sa forme et son mode d'introduction ne peut guère juguler d'emblée la syphilis. On peut objecter que la voie rectale n'assure pas une absorption suffisamment prompte et complète pour faire face aux accidents graves. Nous avons toujours été convaincus que cette méthode ne s'adresserait jamais aux cas qui réclament une mercurialisation hâtive. Nous ferons remarquer cependant à nouveau que chez les malades où l'action des suppositoires restait traînante, la substitution des frictions ou des piqûres n'a guère accéléré la disparition des accidents (obs. III, VIII, XVIII, XIX). L'observation XXIX fait exception toutefois.

C'est encore une méthode pratique ; elle a l'immense avantage d'être indolore, et à ce sujet l'on peut dire que le suppositoire au mercure ne constitue pas un corps étranger qui par son application quotidienne, blesse ou irrite la muqueuse ; il est vrai que le plus souvent le traitement a été court. Mais un enfant de trois ans et demi a reçu près de 200 suppositoires et n'a jamais accusé la moindre intolérance locale ou générale.

La rectite provoquée paraît en effet être rare. C'est à peine si nous avons à signaler dans quelques observations, peu nombreuses, des douleurs anales au moment des défécations, et un peu de ténesme, tous phénomènes qui cèdent à une interruption très passagère ; les autres symptômes de la rectite, fausses envies, congestion irritative, émission de glaires simples ou sanguinolentes ont toujours manqué.

Deux fois (obs. VII, X) il s'est produit des fissures ; mais leur siège, dans les plis radiés, extrasphinctérien, et leur production en l'absence d'érythème et de tout aspect inflammatoire des parties voisines nous laisse des doutes sur leur origine hydrargyrique.

Nous ne voyons qu'une contre-indication locale aux suppositoires, l'existence d'hémorroïdes. Chez deux malades (obs. XIX, XXI) il a fallu interrompre le traitement qui avait, dans ces cas, augmenté l'état congestif de la zone ano-rectale. Un examen préalable de la région évitera ces ennuis.

L'administration simultanée d'iodure n'a jamais produit d'irritation rectale.

Nous ne parlerons pas de l'avantage manifeste qu'elle a sur la méthode par ingestion ; elle respecte l'estomac du malade, ce qui n'est

pas à dédaigner, surtout dans les formes anémiantes de la syphilis. De plus elle est commode à appliquer, ne demandant que peu de temps et utilisant le repos de la nuit ; elle n'est enfin ni douloureuse comme l'est trop souvent l'injection, malgré la technique la plus perfectionnée, ni sale et fastidieuse comme la friction.

C'est un des meilleurs modes d'administration au point de vue des inconvénients toujours possibles qu'entraîne le traitement mercuriel. Nous n'avons jamais vu se produire des accidents sérieux d'absorption ou d'élimination ; l'hydrargyrie doit être très rare ; nous n'avons jamais observé la stomatite à ses divers degrés, complication que provoque parfois la friction ou l'injection, quelque rigoureuse que soit l'antisepsie buccale. C'est la seule voie que nous ayons pu utiliser sans encombre chez la malade de l'observation XXV. Quant à la diarrhée, observée chez quelques malades diarrhée d'élimination, puisqu'elle se produit avec les frictions, et que l'on ne peut mettre sur le compte de la méthode, elle a toujours été légère et interrompue par une purgation (sulfate de soude).

Le nombre des cas étudiés nous a permis d'acquérir actuellement une expérience des suppositoires assez grande pour en préciser les résultats et les indications.

Le traitement de la syphilis par la voie rectale restera toujours moins actif que les cures d'injections ou de frictions qui assurent une absorption plus prompte et plus complète. Mais il est parfaitement suffisant dans les syphilis normales, bénignes, surtout lorsque l'on peut intervenir à une époque peu éloignée du début de la maladie, toutes les fois que rien ne commande une thérapeutique rapide.

Cette méthode pourra être heureusement substituée à la voie cutanée, sous-cutanée et buccale lorsque, en dehors des accidents graves, l'on aura à redouter une stomatite, de l'hydrargyrie, des nodi douloureux ou des troubles gastro-intestinaux.

En raison de la simplicité du procédé, la voie rectale paraît devoir être choisie, chez les enfants ; les deux petits malades de nos observations XXVII et XXXI ont particulièrement bien toléré les suppositoires.

Elle est à déconseiller chez les gens âgés (obs. XVI) ou intoxiqués (obs. VIII) où la syphilis, sous des allures d'abord bénignes, peut devenir précocement et rapidement sévère ; enfin elle n'est

pas utilisable chez les malades atteints d'affections chroniques de l'anus et du rectum (ulcérations, fissures et hémorrhoïdes).

Note. — Depuis le moment où cet article a été remis, M. Fricou (thèse de Toulouse, 1906-07) a publié unc vingtaine d'observations nouvelles sensiblement comparables aux précédentes, et confirmé les conclusions de M. Bogreau. M. F. Höhne (clinique de Breslau) (1), a repris l'étude de la méthode. Il a confirmé l'élimination de Hg par l'urine et aussi son action thérapeutique. Toutefois, il pense que son efficacité est faible et pas assez constante. Nous n'avons jamais cru ou dit que les suppositoires à l'huile grise dussent constituer le traitement des syphilis graves, et nous-mêmes dans ces cas-là, préférons les autres méthodes d'administration de Hg. Mais nous sommes toujours persuadé qu'on peut trouver là un précieux mode de mercurialisation faible et prolongée dont les indications sont encore très fréquentes.

DE LA SYPHILIS NASALE

Par M. L. Batut,
Médecin major de 1re classe à l'hôpital militaire de Bordeaux.

La syphilis du nez est bien connue par ses ravages sur la charpente interne de cet organe ; des lésions ulcéreuses y sont souvent méconnues jusqu'à l'effondrement total, de là nécessité absolue d'un examen rhinoscopique dans tous les modes de syphilis. Nous étudierons celle-ci aux trois périodes classiques.

A. *Chancres indurés de la pituitaire.* — Les *accidents primitifs* de la syphilis sont rarement localisés au nez ou à ses dépendances ; un certain nombre de faits en ont été toutefois publiés dans ces dernières années et en dehors d'un cas de Garel remontant à cinq ou six années nous en trouverons quelques exemples nouveaux dus à Brunon (1903), Hunt (1904), Rolleston (1906), La Rosa (1904) enfin Mounier (1906). Nous-même venons d'en recueillir un fait des plus démonstratifs, puisqu'il s'accompagnait de roséole

(1) F. Hohne. — *Deutsche medicinische Wochenschrift*, 31 oct. 1907.

méconnue au début par un praticien spécialiste distingué ; détaillons ces divers cas.

La Rosa (*Gazz. degli Osped*, 17 avril 1904), rapporte un cas personnel de chancre induré du septum nasal ; la même année Hunt (*Institut. méd. de Liverpool*, 15 décembre 1904), relate le fait d'un jeune homme de 17 ans se plaignant depuis deux mois d'une obstruction nasale unilatérale accompagnée d'un écoulement nasal et d'une adénopathie très marquée du côté malade ; il existe depuis quinze jours une roséole ; on porte le diagnostic, après examen,de chancre de la narine situé sur la face gauche de la cloison cartilagineuse ; la cause de la contamination échappe. En 1903, Brunon (*Loire méd.*, 15 décembre 1903), publie le fait d'un enfant de sept ans qu'il voit en pleine période secondaire ; il existe une adénite sous-maxillaire et sus-hyoïdienne très marquée ; l'examen rhinoscopique antérieur montre que le cornet inférieur s'adosse à la cloison et présente une petite ulcération en saillie d'un rouge vif, d'un centimètre et demi de surface, et dont les bords sont assez bien taillés à pic ; il s'agit d'un chancre syphilitique ; les injections de calomel arrêtent les accidents.L'enfant avait la mauvaise habitude de mettre dans le nez ses doigts et toutes sortes d'objets, tels que crayons, porte-plumes, morceaux de bois, d'où la contamination accidentelle. Plus tard, Rolleston (*Lancet*,16 juin 1906), relate le fait d'un malade atteint de chancre intra-nasal simulant une diphtérie nasale ; la clinique d'une part et la bactériologie établissent la véritable nature de la lésion. En l'année 1905 encore, nous trouvons également un cas intéressant de David (*La Syphilis*, 1905), un homme de 42 ans se présente avec une adénopathie sous-maxillaire, indolente et dure, une rougeur érysipélateuse de la joue, du dos du nez, du front ; à la rhinoscopie, on voit une saillie rouge vif, luisante, de consistance cartilagineuse, implantée sur la partie inférieure du cornet inférieur gauche ; pas d'antécédents de syphilis ; quelque temps après, apparition d'accidents secondaires.

Notre observation personnelle est la suivante :

Chancre primitif de la cloison, accidents secondaires consécutifs.

Observation 1. — Le canonnier T..., du 14e d'artillerie, entre à l'hôpital militaire de Bordeaux le 22 août 1906 pour des végétations adénoïdes ;

il est opéré le 23 sans incidents. Il se plaint depuis plusieurs mois de difficulté à respirer, principalement par la narine droite. A l'examen, on note sur la cloison, une saillie formée par une masse localisée de la grosseur d'un gros poids, en bas et à droite sur le sillon latéral où s'implante le vomer sur l'apophyse palatine, à un centimètre de l'orifice de la narine correspondante ; la masse est dure, ulcérée au centre, secrétant peu, non papillomateuse, en contact en dehors avec le cornet moyen qui s'appuie sur elle et masque ainsi le fond de la fosse nasale et ne permet pas d'examiner par là le pharynx. Absence de phénomènes généraux, céphalée, arthralgies, myalgies, anémie, adénopathies généralisées.

M. Brindel, auquel on montre le malade, porte le diagnostic de gomme syphilitique. Nous examinons le malade pour la première fois le 21 septembre ; il existe une déviation prononcée de la cloison à droite, à laquelle correspond, à gauche un sillon rentrant très marqué ; la masse droite n'est pas ulcérée, elle est dure, indolente, ne suinte pas, remplit le quart inférieur de la fosse et paraît intéresser uniquement la muqueuse de la cloison qui est intacte au point correspondant de la face gauche du vomer; pas de lésion de rhinite hypertrophique ; cependant le cornet moyen gauche est volumineux ; à l'entrée de la narine gauche, sur l'emplacement des vibrisses, et en dedans vers la cloison, ulcérations superficielles, ne dépassant guère la cloison, saignotantes. Alopécie ancienne, se rattachant plutôt à de la séborrhée du cuir chevelu, ganglions sus-épitrochléens des deux côtés, adénopathies axillaires profondes, cervicales bilatérales et inguinales légères ; en même temps roséole papulo-érythémateuse généralisée au tronc et à l'abdomen, principalement au tronc où l'on note la présence de trois ou quatre syphilides crouteuses dispersées de la grosseur d'un pois ; la roséole est plus discrète sur les membres ; rien aux lèvres, à la langue, au voile du palais ; bon état général, absence de céphalée.

Nous pensons à une lésion initiale entraînant une chondrite spécifique du vomer. Nous prescrivons une pommade de cocaïne 0 gr. 10, menthol, 0, 10 vaseline 10 gr. et faisons prendre au malade une cuillerée à café matin et soir de la solution suivante :

Bi-iodure de mercure...............	0 gr. 15
Iodure de potassium...............	15 grammes
Alcool............................	50 grammes
Eau distillée......................	250 grammes

Le malade fait une poussée d'angine herpétique du 13 au 16 septembre.

Interrogé sur ses antécédents pathologiques, il nous apprend qu'il a eu il y a trois mois une épididymite gauche, sans uréthrite, dont il reste encore les traces actuellement sous la forme d'une induration de la tête de l'épididyme de la grosseur d'une noisette, accompagné deux jours après d'oreillons vagues, indéterminés, avec léger gonflement parotidien ; quoi qu'il en soit, on ne note ni atrophie du testicule,ni ramollissement de l'induration ; l'état général est bon.

Dès le 26 septembre on remarque une diminution très notable de la

tumeur qui paraît très réduite, cicatrisée, légèrement boursouflée, sans induration cartilagineuse, occupant la partie antérieure du cartilage de la cloison, éloignée d'un centimètre environ du cornet moyen et paraissant formée de tissus fibreux, peu indurée ; les ulcérations de la narine gauche persistent malgré l'emploi de pommade à l'oxyde jaune ; le 29, elles paraissent guéries, la tumeur droite est de la grosseur d'un pois, en arrière d'elle on note toutefois une ulcération nouvelle verticale, revêtue d'une croûte et sous-jacente à l'éperon de la cloison. Le 3 octobre les épistaxis répétées du malade se renouvellent quand il se mouche, incident fréquent depuis plus d'un mois ; on voit bien l'ulcération sus-jacente à la tumeur primitive, allongée, suintante et entraînant en bas une coagulation sanguine ; gros ganglion sous-maxillaire droit, absence de phénomènes généraux ; substitution de la pommade à l'oxyde jaune au lieu et place de la pommade au menthol ; persistance sur le thorax de la roséole papuleuse.

Le 7 octobre, après un peu de diarrhée, et alors que le malade prend régulièrement son bi-iodure, on note la persistance, presque l'aggravation en profondeur de l'ulcération qui a plus d'un centimètre de long, s'enfonce en arrière avec bords élevés. On fait ce jour-là une première injection de bi-iodure au 1/50 fort mal supportée et accompagnée même de syncope ; insufflation de calomel dans la narine ; la pituitaire est affaissée, rougeâtre, sanglante. Le 10, l'ulcération est plus superficielle, en nappe, la tumeur qui est en avant est disparue, la roséole s'efface les jours suivants, mais les adénopathies persistent ; le malade sort par libération le 18 octobre après 11 injections de bi-iodure. Il n'a pas été revu ; l'ulcération primitive était presque disparue à sa sortie.

On remarquera que dans tous les cas rapportés en détail, l'accident primitif siège toujours sur la pituitaire, à l'intérieur des fosses nasales, dans le quart antérieur de celles-ci, quelquefois sur le cornet inférieur, plus souvent sur la cloison et toujours intéresse dans ce cas la saillie inférieure que forme le vomer avec le rebord du plancher de la voûte palatine ; il s'agit toujours d'inoculations accidentelles, et nous ne voyons pas incriminé le stylet explorateur des spécialistes (comme la sonde d'Itard des auristes) ; nous ne connaissons pas d'exemples d'accident primitif du cornet postérieur dont l'infection serait attribuable à quelque instrument courbe (polypotome, écraseur, pinces à végétations, ablation de queues de cornet, etc.) ; il est vrai que le plus souvent on opère à l'anse chaude et que par suite le fil est aseptique ou le devient. Nous ne trouvons pas signalés les chancres des téguments nasaux, des lobules de l'aile du nez, de l'entrée de la narine, au siège des vibrisses, du dos du nez, enfin ; cependant la liste des chancres extra-génitaux si bien dres-

sée depuis quinze ans a dû en fournir quelques cas. Insistons ici sur l'adénopathie sous-maxillaire révélatrice et la durée de l'ulcération (1).

B. *Accidents secondaires.* — Ils ont été étudiés par Tissier (*Annales des mal. de l'oreille et du larynx*, 1893 et *Gaz. des Hôp.*, 1902) qui en a donné quelques exemples.

Ils ne sont pas fréquents sur la pituitaire, ou du moins ne sont guère recherchés ; il faut un examen rhinoscopique systématique pour les révéler, car ils sont indolores, n'entraînent guère de jetage, n'incommodent pas, ne s'accompagnent ni de lésions ulcéreuses ou destructives ni d'odeur particulière ; contemporains des accidents cutanés secondaires et des plaques muqueuses de la bouche ou des lèvres, ils disparaissent avec celles-ci, par le traitement secondaire ; la rhinite de la phase infectante de la maladie ne s'impose ni au malade ni au médecin comme la laryngite qui

(1) Un fait caractéristique nous est fourni par l'observation que veut bien nous communiquer M. Horand de Lyon, ancien chirurgien de l'Antiquaille et dont la pratique fort étendue et fort ancienne ne lui a permis de relever qu'un exemple unique de cette infection initiale.

Il y a 30 ans environ, M. Horand est appelé à donner ses soins à un jeune enfant de 8 ans qui, étant en promenade, avec un de ses cousins, sous-officier colonial en congé, atteint en ce moment de syphilides secondaires buccales, tomba malencontreusement sur la face et se contusionna violemment le nez ; l'appendice nasal présente une plaie irrégulière saignant assez abondamment, pour tarir l'hémorragie, l'obligeant cousin sort son mouchoir, l'humecte avec sa salive et frotte la plaie de l'enfant ; quelque temps après, la plaie loin de se cicatriser s'indure, se renfle en une sorte de cratère s'étalant largement sur l'une des faces latérales du nez, au niveau des os propres ; on note en même temps une adénopathie sous-maxillaire volumineuse puis bientôt apparaît l'éruption caractéristique, une roséole typique. C'est à ce moment que ce malheureux est conduit à M. Horand qui n'a pas de peine à reconstituer la filière des accidents et institue un traitement qui permet assez rapidement à la lésion ulcéreuse du diamètre d'une pièce de 50 centimes, de rétrocéder et de se cicatriser.

Le chirurgien de l'Antiquaille fut si frappé par ce fait inusité et dont du reste il n'a plus eu d'exemple, qu'il fit exécuter un moulage de la lésion, moulage dont il a bien voulu nous adresser une belle reproduction photographique que nous donnons ici.

Du reste la rareté des chancres externes est bien connue et attestée encore par Garel dans son livre sur le «Diagnostic et Traitement des maladies du nez» de 1897 ; dans cet ouvrage (p. 140) l'auteur cite des cas de Spencer Watson, Rason, Moure, Cozzolino, Hicquet, sans préciser s'ils se rapportent à des accidents internes ou externes ; il renvoie aux thèses de Le Bart, Bazenerge et Brunon ainsi qu'à un travail de Chapuis de Lyon relatif à un nouveau cas, enfin il signale que lui-même de 1894 à 1896 a pu observer trois cas intéressants de chancre de la cloison.

n'est jamais inaperçue en raison des troubles de la voix et de la douleur.

Trois ou quatre fois nous avons noté ces syphilides papulo-érosives, ressemblant à un attouchement au crayon de nitrate d'argent et siégeant principalement sur le cornet moyen ou bien sur quelque légère saillie de la cloison, si celle-ci est légèrement déviée. Par deux fois nous avons noté des plaques muqueuses suintantes à l'orifice des fosses nasales, accompagnant, du reste, des rhagades du coin de l'aile du nez, se boursouflant sur les deux lèvres de l'excoriation et formant une croûte épaisse, d'apparence noirâtre ; le nitrate d'argent a toujours et rapidement fait disparaître ces accidents qui ne nous paraissent pas entraîner d'exsudation glandulaire notable. Quant aux syphilides cutanées du nez elles ne présentent en cette région, rien de spécial, sauf des taches ou des cicatrices lorsqu'elles ont été ulcéreuses ou croûteuses.

C. *Syphilis tertiaire du nez.* — Les lésions tertiaires peuvent ètre confondues avec les anciennes scrofulides malignes, les lupus ulcéreux, certaines formes de bacillose primitive, enfin des tumeurs malignes.

Dans un cas inédit, un de nos malades atteint de lupus, nous a été envoyé à l'hôpital pour syphilis ; dans d'autres cas, on est tenté de traiter pour scrofulides ces malades ayant perdu tout l'appendice nasal, dont le nez est découpé en forme de cœur, avec deux orifices à fleur de peau représentant les ouvertures des fosses nasales au ras du maxillaire, de l'apophyse montante et des os propres ; en Algérie, ou en Tunisie, chez les indigènes, il s'agit toujours chez de tels malades, de syphilis héréditaire, aboutissant à de telles mutilations faute de traitement préalable. A la racine du nez, enfin, un certain élargissement et une certaine rougeur de la base de cet organe sont pathognomoniques, pour Garel, de tertiarisme profond et l'examen rhinoscopique montre des lésions insoupçonnées ; nous avons observé un malade présentant cet élargissement par une tumeur fluctuante bilatérale, il n'y avait pas de rougeur, mais de l'indolence, et la lésion était constituée par un abcès froid des os propres du nez ; il faut donc y songer ; on devra aussi se tenir en garde contre certains épithéliomas de la pituitaire.

Le tertiarisme du nez a été magistralement décrit par Bernoud (Thèse de Lyon, 1898) ; son travail expose par suite à des redites ; nous l'élargirons par des observations purement personnelles au nombre de treize.

Les *lésions tertiaires* du nez, assez fréquentes et souvent insensibles à tout traitement spécifique préventif, s'attaquent toujours en dernière analyse au squelette et déterminent des ulcérations de la muqueuse, des formations de sequestres, des destructions parfois de la charpente osseuse avec effondrement.

La thèse de Bernoud (Lyon 1898) inspirée par Garel, est le meilleur travail paru en France sur cette question ; il contient quarante observations inédites des plus importantes.

Le *diagnostic* de la syphilis tertiaire est basé sur les symptômes suivants : *obstruction* nasale par infiltration, que l'on retrouve dans la plupart des cas examinés à la période initiale, *ulcérations* plus ou moins multiples, plus ou moins profondes, attaquant surtout les cornets moyens et la cloison, *ozène* temporaire ne s'effaçant qu'avec l'élimination des corps étrangers, spontanée ou opératoire, les *séquestres* parfois très enclavés nécessitant de grandes interventions pour leur expulsion, bientôt suivie de guérison, enfin, *tuméfaction et rougeur du dos du nez* ; signe très important, nécessaire et suffisant au dire de Garel.

L'*anosmie* accompagne la plupart de ces manifestations tertiaires, surtout lorsqu'il y a eu ulcérations profondes vers les parties supérieures de la cloison, ou vers la lame criblée de l'ethmoïde.

Les *terminaisons* du tertiarisme des fosses nasales comportent la *guérison* sous l'influence du traitement par l'IK ou les injections de sels solubles, parfois des *synéchies* ou des adhérences complètes du voile du palais bien étudiées par Verneuil (*Mémoire* de 1865) et plus récemment par Albertin (*Soc. de Chir. de Lyon*, 1898) la formation de tumeurs syphilitiques assez rares (belle observation de Lannois, *in* Bernoud). Nous nous expliquerons plus loin sur la transformation impossible des lésions tertiaires avec ozène en rhinite atrophique ; la belle leçon de Lermoyez (*Presse médicale*, 8 décembre 1906) est absolument démonstrative à cet égard, malgré les affirmations contraires d'observateurs mal prévenus, ainsi qu'on peut s'en convaincre par les observations rapportées par l'auteur.

Les *complications* sont de diverses sortes ; elles peuvent comporter des *suppurations nasales*, sortes d'hydrorrhées très abondantes et dues à une hypersécrétion pathologique et spécifique (Hallopeau, *Congrès de Rome*, 1894), des *lésions oculaires*, presque toujours des dacryocystites, des gommes du sac ou de l'apophyse montante ; nous en avons publié un bel exemple en 1893 (*Ann. des mal. de l'oreille et du larynx*), et même des fistules lacrymales, qui dans la seconde enfance, deviennent un symptôme très net de syphilis héréditaire en dehors de toute cause d'infection nasale : les *complications sinusiennes* s'expliquent par l'extension du processus destructeur, soit en dehors à l'antre d'Highmore faiblement défendu, soit en arrière à l'ethmoïde antérieur ou postérieur, au sinus sphénoïdal (séquestre du sphénoïde), soit en haut par le canal fronto-ethmoïdal au sinus frontal (cas de Treitel, 1899, in *Bull. Klin. Woch.*), il s'agissait dans ce dernier fait d'une syphilis destructive du nez, compliquée de la formation d'un séquestre dans le sinus frontal, que l'opération montra contenant du pus. Les *complications auriculaires* se comprennent par la propagation des lésions naso-pharyngées à la trompe et de là à l'oreille moyenne. Le travail de Wyss (Genève, 1886) est le point de départ de cette étude ; on conçoit ainsi la formation de bourdonnements, d'obstruction, et finalement de rétrécissements nodulaires comme dans l'observation rapportée par Bernoud, mais on ne voit pas signalées de lésions destructives de la trompe cartilagineuse, de chondrite spécifique. On a signalé quelques rares complications *broncho-pulmonaires*, mais et surtout, tout le monde connaît les *lésions destructives de la charpente du nez* suivies presque toujours de son effondrement ou de modifications esthétiques. Le nez s'en va, disait Saint-Germain, mais ici une fois qu'il est parti, il ne revient pas, malgré les restaurations les plus ingénieuses, et les perfectionnements les plus récents apportés à sa réfection (Nélaton, Berger 1905-1906).

La cloison peut être, en effet, perforée soit en avant (ulcère de Hajck attaquant le cartilage quadrangulaire seul) soit en arrière surtout, et maintenir l'auvent nasal malgré sa destruction partielle où même totale, et chose extraordinaire, sans que le malade porteur de cette lésion en ait conscience. Nous en rapporterons plus loin des exemples personnels.

Les cornets peuvent être partiellement ou totalement éliminés

sous forme de séquestres, l'ethmoïde, surtout l'antérieur expulsé de la même manière, mais la forme du nez est maintenue par la persistance d'une poutre antérieure ostéo-cartilagineuse, par l'intégrité des os propres du nez ; sinon on voit se former le nez en lorgnette, en perroquet, en pied de marmite. Dans certains cas plus graves, comme dans l'observation ancienne et classique de Delpech, de Montpellier, il y a destruction complète du nez par élimination successive de tous les os qui en forment la charpente.

Avec les perforations de la cloison, bien connues depuis le mémoire d'Hajck et le travail si approfondi de notre collègue Victor Martin (*Arch. de méd. milit.*, 1900), distingué élève de Lannois et Garel, on voit parfois coexister des perforations du voile du palais qui laissent souvent des traces indélébiles, qui guérissent aussi parfois sans intervention, sous l'influence d'un traitement spécifique. Nous en donnerons plus loin un certain nombre d'exemples personnels, en remarquant du reste que la syphilis tertiaire du nez est fort souvent naso-pharyngienne, c'est-à-dire portant ses effets tant sur le voile et la voûte, le pharynx, les amygdales, que les choannes et les fosses nasales.

Du reste, au sujet des perforations de la cloison ou de sa destruction, il est presque banal de rappeler que l'étiologie peut en être cherchée soit dans une affection pyogène telle que la fièvre typhoïde soit dans un hématome préalable (nous en avons incisé deux jusqu'ici pris pour des polypes). On peut aussi avoir à faire un diagnostic différentiel avec les perforations tuberculeuses rares mais possibles ; l'étiologie n'est donc pas univoque et du reste l'abondante vascularisation de la pituitaire qui recouvre les deux faces de la cloison est la raison explicative de la résistance opposée par celle-ci, frêle en apparence, mais en réalité bien nourrie dans ses trois segments (lame perpendiculaire, vomer, cartilage quadrangulaire).

On a cité des cas de destruction des ailes du nez par la syphilis tertiaire ; le professeur Moure en donne un exemple dans son livre sur les maladies des fosses nasales ; nous en avons observé nous-même deux faits indéniables chez deux officiers, l'un en 1889 (syphilis grave, gomme du frontal, ulcère spécifique ayant détruit totalement l'aile droite et entamé le lobule, traitement intensif par l'I K et les frictions, récidive, sans autres menaces pour les

méninges ou les viscères), l'autre à Bordeaux même, en 1906. Dans ce dernier fait, la syphilis avait été contractée en Cochinchine six ans avant, et l'aile droite avait été complètement détruite ; une restauration fut pratiquée par le professeur Denucé fils, en empruntant un lambeau au voisinage, dans la joue ; cette intervention avait été précédée d'une série d'injections de bi-iodure de Hg pour modifier le terrain et faciliter le bon résultat de la restauration.

Les destructions de l'auvent nasal ont surtout un résultat inesthétique, capital lorsqu'il s'agit de femmes, non négligeable lorsqu'il s'agit de gens du monde, mais l'expulsion de quelques fragments de cornet, d'une partie de la cloison, ne menace pas la vie, et des soins de propreté, des irrigations, les injections de sels solubles ou insolubles, de paraffine, permettent de remédier en fin de compte à ces méprises de l'amour et laisser au patient les douceurs de la vie mondaine. Des lésions plus graves ont été signalées, ce sont les lésions destructives de la voûte des fosses nasales, les lésions d'ostéite nécrotique attaquant la base du crâne et entraînant, par la mise à nu des méninges, des *complications naso-crâniennes* souvent mortelles, malgré la chronicité du processus et l'accoutumance de la dure-mère à ces poussées inflammatoires, suppuratives, destructives, qui s'attaquent surtout à la lame criblée de l'ethmoïde, en arrière de l'apophyse crista galli, ou bien se localisant au sinus sphénoïdal, portent leurs effets sur le sommet de l'orbite (sinusites et complications orbitaires), ou sur la base de l'occipital.

Bernoud rapporte (obs. 40) le cas de Fournier, dans lequel une ostéite gommeuse des fosses nasales, principalement du sphénoïde, est suivie de perforations du crâne, d'encéphalite et de mort ; il résume le cas de Duhamel et Legrand (obs. 41) concernant une syphilis ancienne suivie de carie des fosses nasales, de céphalée persistante et de mort par méningo-encéphalite du lobe frontal droit ; il rappelle enfin (obs. 42) le cas déjà cité de Trousseau où il s'agit d'un jeune officier atteint d'ozène syphilitique, qui éprouve brusquement de l'étouffement par chute inattendue de son ethmoïde dans le pharynx, bientôt suivie de symptômes cérébraux et de mort par encéphalite à travers la lame criblée perforée.

Nous n'avons pas de fait personnel comparable à ces derniers, mais il nous a été donné dans un cas de curetter franchement la

lame criblée et l'ethmoïde antérieur, chez un syphilitique tertiaire contaminé à la Guadeloupe, et guéri ultérieurement sans complications cérébrales.

Nous reconnaissons toutefois que cette terminaison est rare et on ne la note pas dans le fait de Winckler (*Berl. Klin. Woch.*, 1893, carie syphilitique de l'ethmoïde), ni dans celui de Hellmann (*Arch. f. Laryng.*, 1895) qui peut se résumer ainsi : carie syphilitique de l'os ethmoïde, curetage, mort par accidents cérébraux sans rapport avec l'opération.

Du reste, lorsque les lésions osseuses s'attaquent à des parties étendues des os de la région, à la voûte palatine notamment, et que par suite, comme dans les perforations congénitales, le malade se mouche dans sa bouche, régurgitant le mucus et les aliments, il est aisé de souscrire à un pronostic défavorable, toutes les causes de cachexie étant réunies pour que le malheureux tertiaire ne puisse résister à ces infections multiples renouvelées. C'est ainsi que l'on comprend l'insuccès de Mounier (*Soc. fr. de Laryngol.*, 12 janvier 1906) dans un cas où un homme de 36 ans, non alcoolique, est atteint de nécrose syphilitique de la charpente osseuse du nez (cloison et os propres) et de la voûte palatine ; l'auteur avait extirpé en plusieurs fois une grande partie des fosses nasales et de la voûte palatine nécrosée ; il fait au patient des injections répétées d'huile grise, de sels solubles, et finit néanmoins par perdre son malade de cachexie.

Dans d'autres cas, les lésions d'ostéite s'étendent au pharynx, à la bouche, à la face, et n'en sont pas moins redoutables et destructives. Un exemple remarquable nous est fourni par Danlos (*Bull. Soc. Méd. des Hôp.*, 12 mai 1904) qui se rapporte à un fait d'ostéite du nez traité par 50 injections de calomel, sans succès ; cette thérapeutique est suivie de nécrose du nez, de nécrose du maxillaire supérieur et d'ulcération pharyngée.

Lavraud est plus heureux chez un de ses clients qui avait reçu deux ans avant un coup de bâton de store sur le dos du nez et qui présentait actuellement un séquestre volumineux formé par l'ethmoïde, suite de syphilis ancienne non avouée ; il extrait le séquestre, donne de l'I K, et guérit définitivement le malade.

Nous pouvons rapprocher de ces faits celui de Treitel (*Soc. de Laryngol. de Berlin*, 8 septembre 1902), qui a trait à une nécrose syphilitique du maxillaire supérieur, et l'article de Goodale

(*Journ. of the Amer. Méd. Assoc.*, 7 mars 1903) sur l'anatomie pathologique de l'ethmoïdite syphilitique, et également l'observation remarquable de Ferlin (*Bull. Soc.Méd. de la Drôme*, janvier 1904) où ce distingué praticien obtient une belle guérison dans un cas de syphilis tertiaire des fosses nasales, d'origine exotique par l'I K à haute dose, protestation contre l'envahissement trop exclusif des sels insolubles dans le traitement du tertiarisme (discussion et communication intéressantes de Rocheblave et Calvet à la même Société en faveur de ces derniers, en 1904 et 1907).

Nous avons déjà insisté sur le fait capital des complications tertiaires du nez, la formation de séquestres divers de l'ossature ; s'ils sont petits, papyracés, ils s'expulsent tout seuls dans les efforts du malade pour se moucher et libérer la fosse nasale obstruée ; s'ils sont plus volumineux, plus solidement enclavés, ils s'arcboutent, provoquent de l'enchifrènement, de la rhinite chronique, de la rhinorrhée, la formation de pus incessamment renouvelé, souvent des sinusites de voisinage, et entretiennent une ozène qui n'a rien de la punaisie classique, puisque le nez, débarrassé du corps étranger, on voit rapidement les croûtes disparaître, la muqueuse se déterger, recouvrir les cornets malades par du tissu fibreux, et toute odeur mauvaise ou âcre, non doucereuse, se dissiper définitivement. Mais ces séquestres, diagnostiqués mobiles par les attouchements au stylet, et plus ou moins profonds, il faut les enlever, soit par la voie antérieure à l'aide de pinces, soit par un léger débridement, ou se donner du jour par les divers procédés de rhinotomie, tels que celui de Rouge, de Lausanne, employé avec succès par Audry (*Arch. prov. de Chir.*, 1892) ou par nous-même (*Ann. des mal. de l'Oreille et du Larynx*, 1894), soit par celui plus compliqué d'Ollier, soit enfin par un rabattement latéral en volet temporaire ; les injections détersives ou antiseptiques sont insuffisantes pour en venir à bout.

C'est donc en dernière analyse, non plus au traitement spécifique, impuissant contre des corps inertes, qu'il faut avoir recours, mais à l'acte opératoire dans le cas de séquestres profonds, volumineux, enclavés. C'est ainsi que nous voyons Mendel agir (*Soc. de Laryng.*, 1894), au sujet d'un énorme séquestre syphilitique du nez, maintenu pendant 4 ans et demi. C'est encore la méthode adoptée dans le beau cas de Gouguenheim et Rochard (*Ann. des

mal. de l'oreille, 1896) se rapportant à un syphilitique tertiaire porteur d'un énorme séquestre du nez que l'opération de Rouge ne peut enlever ; le chirurgien emploie alors l'ostéotomie verticale bi-latérale d'Ollier, extrait sans incident deux gros séquestres et obtient la guérison. Ainsi encore le procédé Combe (*Revue de Laryngol.,* 1893) dans une syphilis tertiaire nasale accompagnée de nécrose des maxillaires supérieurs ; l'opération est suivie de l'élimination d'une portion notable de ceux-ci.

Au surplus, et indépendamment de la revue générale de Tessier (*Gaz. des hôp.,* 1896), nous renverrons aux thèses de Dupont, 1887, Olivier, 1888, Mignard, 1903, soutenues à Bordeaux, à celles de Bazenarge, 1894, Chabboux, 1875, et Ripault, 1895 (Paris).

OBSERVATIONS PERSONNELLES.

SYPHILIS TERTIAIRE DU NEZ ET DU PHARYNX, PERFORATION DE LA CLOISON.

Observation 2. — Antoinette Azz....., 52 ans, a eu 10 enfants ; les deux premiers sont morts en naissant, les huit autres sont bien portants, mariés ou ayant au minimum 15 ans ; la malade a la voix nasonnée, se plaint de maux de gorge déjà anciens. A l'examen, nous trouvons une perte totale de la luette et d'une partie du voile qui est en forme de cintre ; des cicatrices rayonnées s'étaient sur toute la paroi postérieure du pharynx. A l'examen rhinoscopique on voit un léger éperon à droite, une perforation antérieure de la cloison, de la largeur d'une pièce d'un sou ; destruction presque totale des cornets moyens érodés et très réduits ; en haut, lésions d'ethmoïdite chronique, croûtes très abondantes sur les cornets, sur la voûte, vers les choannes ; aucune lésion des oreilles ou des trompes. Lavages au permanganate, chute des croûtes ; le pourtour de la perforation encore saignant est vite cicatrisé ; pommade à l'oxyde jaune et I K (4 grammes). Après quelques lavages, la malade se sent très soulagée, les croûtes ont disparu (Hôpital de Sousse, octobre 1903).

SYPHILIS TERTIAIRE DU PHARYNX.

Observation 3. — Mohamed ben...., 25 ans, vient à l'hôpital le 25 octobre 1903 (Sousse), bien développé, il n'a jamais eu d'accident vénérien ; il y a un an, mal à la gorge, et depuis lors, voix presque inintelligible. A l'examen, intégrité de l'appareil olfactif,cloison et cartilage intacts; destruction partielle du voile du palais, en dehors et à gauche de la luette complètement rejetée à droite et abaissée d'un centimètre et demie ; la paroi postérieure du pharynx est revêtue d'un enduit muqueux très abondant sans lésions ulcéreuses sous-jacentes.

Syphilis tertiaire du nez, destruction de l'aile droite, ecthymas consécutifs, fistule a l'anus, épididymite suspecte a droite. Pronostic réservé.

Observation 4. — M. de M..., capitaine, 35 ans, entre à l'hôpital militaire de Bordeaux, le 10 janvier 1906, pour de légers phénomènes de bronchite ; il y a deux ans et demi, étant à Hanoï et fumant alors l'opium, abandonné depuis lors, il a présenté des boutons multiples, légèrement croûteux, sur la face, le front, les cheveux, les membres ; l'éruption était aprurigineuse, non suintante, sans alopécie consécutive ni phénomènes généraux (lassitude, anémie, céphalée, douleurs articulaires ou musculaires, troubles de la vue, etc). Quelque temps après, il voyait apparaître des plaques à la bouche, sur les lèvres et la langue ; on lui fait prendre quelques pilules malgré l'absence d'adénopathie, d'amygdalite, de balanite suspecte, de chancre génital ou extra génital ; depuis, absence de douleurs ostéocopes. Rentré en France il y a un an, il présente au bout de quelque temps une ulcération de l'auvent nasal droit, en dedans, sur la muqueuse pituitaire, bientôt revêtue d'une croûte sous les bords de laquelle sourdent quelques gouttes de pus ; l'emploi de la pommade au calomel n'arrête pas les progrès de l'ulcération, qui s'étend et ronge peu à peu toute l'aile du nez ; la cicatrisation est définitive au bout de trois ans. A cette époque, il venait d'être opéré par M. Denucé d'une fistule à l'anus, guérie en un mois et demi, sans autres complications, et malgré quelques légers accès de paludisme à Saïgon,

Il y a 4 ou 5 mois, M. M... s'est mis à prendre un peu de liqueur de Van Swiéten, à la dose de 2 cuillerées à bouche par jour, et a fort bien supporté ce médicament. Il y a 2 mois, apparition d'ecthymas profonds sur les jambes, peu croûtelleux, ne rappelant pas le rupia, non accompagnés d'adénite inguinale, surtout développés à la jambe et à la cuisse droite, pansement avec du diachylon ; à l'arrivée à l'hôpital, ces ecthymas sont en bonne voie de guérison, superficiels, sans adhérences périostiques ; on ne note ni atrophie musculaire, ni lymphangites, ni arthralgies. Légers ganglions aux deux aines, à l'aisselle droite, petits ganglions susclaviculaires, pas de ganglions sus-épitrochléens ; langue normale, sans fissures, rhagades, ou plaques lisses, ni ravinements, gencives saines, amygdale et voile du palais d'aspect normal ; voix légèrement nasonnée, sans perforation du voile ou de la voûte, nez très pincé rappelant celui d'un adénoïdien, bouche close dans la respiration ; cicatrice définitive, gaufrée, du rebord de l'aile droite du nez, respiration plus difficile par la fosse nasale gauche, déviation très prononcée de la cloison de ce côté sans perforation, absence de toute cicatrice, de toute ulcération sur les cornets, mucus épais, adhérent à gauche, en arrière, dans la fente olfactive, ni croûtes ni ozène. On ne constate ni onysis, ni psoriasis palmaire, le corps thyroïde est de volume normal, la vue bonne, l'état général médiocre, le malade anémié, fatigué par des excès divers ; l'appétit est cependant bien conservé.

Le passé uréthral est complexe ; il y a 8 ou 10 ans, M. M..., a eu quatre uréthrites successives, simples sans complication d'orchite. Vers le 1er

décembre 1905, il y a un mois et demi, apparition brusque d'un gonflement épididymaire droit, intéressant surtout la queue de l'organe, sans former le cimier du casque, et laissant le testicule indemne ; la tuméfaction atteint en quinze jours son volume maximum, la grosseur d'une petite noix, sans vaginite aiguë ; ni bronchite, ni pleurésie ; les douleurs sont combattues par le repos, l'emploi d'un suspensoir, l'absorption de Van Swiéten. Actuellement, le testicule et l'épididyme gauche sont intacts. A droite, la glande séminale est souple, sa face externe lisse, non rembourrée de petites élevures ; l'induration de l'épididyme remonte sur une hauteur de 3 centimètres, de la grosseur d'une plume d'oie à l'origine du déférent, la queue de l'épididyme est très dure, bosselée, résistante, irrégulière, la tête normale ; la palpation du déférent induré est indolente ; le canal déférent, vers la partie proximale du canal inguinal est souple, non moniliforme ; la cicatrice de la fistule anale bien ferme.

Du 12 au 21 janvier, le malade supporte des injections quotidiennes de 0,02 de bi-iodure de mercure à l'exclusion de toute autre médication ; il sort le 31 janvier pour subir son autoplastie et garde encore ses indurations épididymaires un peu diminuées.

Hérédo-syphilis du nez et du voile du palais, ethmoïdite suppurée, opération de Rouge.

Observation 5. — J. F...., 16 ans, entre à l'Hôtel-Dieu de Toulouse en janvier 1892 dans le service d'ophtalmologie pour mucocèle droite fistuleuse et ostéo-périostite péri-sacculaire, nez écrasé, ganglions strumeux cervicaux bilatéraux, voix nasonnée ; perforation commençante du voile du palais avec semis jaunâtre, vite agrandie malgré 6 grammes d'IK pris quotidiennement ; déchirure en rideau à droite ; coryza chronique depuis l'âge de 10 ans, avec céphalée violente, respiration génée, mucosités abondantes ; expulsion d'un séquestre il y a 8 mois, ozène prononcé, ulcération du cornet inférieur gauche, hypertrophie du cornet moyen, déviation de la cloison,ethmoïde transformée en putrilage des deux côtés. Cautérisation ignée du sac, lavages, dilatation, cautérisation des cornets de l'ethmoïde, lavages quotidiens du nez, I K, amélioration légère.

Revient en février 1893 dans le service de M. Audry avec aggravation de sa céphalée et du jetage nasal, enfin perforation récente du tympan gauche, disparition du cornet moyen gauche, suppuration de l'ethmoïde, hypertrophie des cornets droits, ozène, insuccès de l'I K, opération de Rouge le 15 mars 1893, curettage léger d'ulcérations postérieures de la cloison, absence de séquestres actuels. Sorti le 1er mai avec grande amélioration.

Hérédo-syphilis du nez, ozène, opération de Rouge, épilepsie syphilitique.

Observation 6.— J. H..., 29 ans, a eu en 1892, deux ulcérations suspectes de la verge, entre à l'Hôtel-Dieu de Toulouse le 12 avril 1893 avec une ulcération de l'aile gauche du nez datant de trois mois accompagnée

de dysphagie douloureuse, raucité de la voix ; plaque muqueuse sur le pilier antérieur droit ; boursouflure du nez empâté à la racine, ozène, traitement par les frictions et l'I K (4 grammes). Opération de Rouge, par M. Audry, pas de séquestre actuel, la cloison est en voie de réparation, guérison opératoire, amélioration locale, sort le 4 mai, revient deux mois après pour des crises d'épilepsie attribuées à de la syphilis cérébrale, guérison par l'I K. Trois de ses sœurs sont également atteintes d'ozène.

Syphilis tertiaire du nez et du pharynx, perforation du voile et de la cloison, ozène.

Observation 7. — Salah ben K...., 4e tirailleurs, entre à l'hôpital de Sousse, le 8 avril 1903 ; il a 4 ans de service. Il y a 2 ans, rhinite chronique avec croûtes épaisses, adhérentes, à odeur forte, se renouvellent sans cesse, il n'a jamais expulsé de séquestre ; le nez est actuellement aplati, déformé en selle ; le pharynx a été atteint en même temps que le nez et il présente une perforation à la base du voile, large comme un gros pois ; sur le côté gauche au-dessus du pilier, une cicatrice blanchâtre, rayonnée ; la voix n'est pas nasonnée ; le malade a rejeté pendant un certain temps par le nez des liquides ; ces troubles ont disparu progressivement et complètement depuis six mois ; les lésions actuelles du pharynx sont définitives et arrêtées. L'examen rhinoscopique postérieur ne montre aucune altération ou gomme pharyngée, les choannes sont nettes malgré l'odeur fade exhalée par le malade ; la rhinoscopie antérieure permet de constater une perforation considérable de la cloison, de la largeur d'une pièce de 2 francs, laissant en arrière une colonne osseuse intacte, et en avant et en bas ayant un rebord très élargi formé par le vomer ; sur tout le pourtour de la perforation sont des croûtes adhérentes qui s'étalent de chaque côté jusqu'au cornet moyen, croûtes que l'on fait disparaître par des lavages au permanganate de potasse et des applications de vaseline ; les tissus ethmoïdaux sont atteints de catarrhe chronique sans céphalée frontale ni empyème, après lavage les bords de la perforation paraissent nets, électrisés et non en voie d'ulcération progressive ; on dispose de la gaze iodoformée dans l'intervalle des lavages, en même temps que l'on fait subir au malade une série de 15 frictions mercurielles ; le sujet présente de légers ganglions cervicaux et inguinaux et de beaux ganglions épitrochléens.

Il sort le 27 avril parfaitement dégagé, il était entré à l'hôpital pour oreillons.

Syphilis tertiaire du nez, déformation, dacryocystite, perforation de la cloison.

Observation. 8. — Hamouda ben E..., 24 ans, 4e tirailleurs, 3 ans de service, entre à l'hôpital de Sousse le 8 avril 1903 pour oreillons ; son nez est aplati, déformé, mais n'a d'aspect ni du nez en selle, ni du nez en lorgnette ; on constate à gauche une dacryocystite avec saillie osseuse autour du sac assez marquée. L'examen rhinoscopique montre une

grosse perforation de la cloison, de la largeur d'une pièce d'un franc avec une colonne postérieure mince, intacte, soutenant la charpente du nez et de la voûte ; des tractus fibreux latéraux rejoignent les cornets moyens ; de grosses croûtes épaisses remplissent les méats et la fosse nasale droite ; dans les tissus ethmoïdaux on note la présence de mucus concrété ; comme chez le précédent sujet, son voisin de lit, la base de l'ulcère est étalée ; il n'existe pas de lésions pharyngées, mais le malade présente de nombreux ganglions cervicaux, de petits ganglions à l'aine, un léger ganglion sus-épitrochléen droit ; le voile est intact, aucune glossite, pas de plaques, absence de ganglions rétro-angulo-maxillaires. Le malade n'a ni frères, ni sœurs ; il n'a pas souvenir de lésions chancreuses quelconques avant l'accident actuel qu'il rapporte à un coup de poing américain reçu il y a cinq ans et qui avait provoqué une forte épistaxis ; la dacryocystite s'est développée lentement, depuis un an environ. Incision directe du sac, curetage et lavage avec la sonde de Bowmann, difficile à introduire en raison des irrégularités du trajet ; lavages au permanganate du canal lacrymonasal, douches nasales, gaze iodoformée. La fistule lacrymale est fermée le 29 avril ; à la sortie, les croûtes nasales ont disparu ; on a donné de l'IK pendant tout le mois au malade.

Les observations 5 et 6 sont extraites d'un travail personnel sur l'opération de Rouge (*Ann. des malad. de l'oreille et du larynx*, 1895), les observations 7 et 8, d'un autre mémoire sur la syphilis héréditaire dans l'armée (*Journ. des mal. cutan. et syphil.*, 1904), il en est de même pour l'observation 9 (*ibid.*, décembre 1905).

Syphilis exotique nasale, tertiarisme précoce.

Observation 9. — L..., adjudant des troupes coloniales, 35 ans, entre à l'hôpital militaire de Bordeaux le 10 août 1905, venant de Dakar, pour un état cachectique consécutif à des accès de fièvre paludéenne, et de plus, des accidents spécifiques se traduisant à son arrivée par un état de faiblesse très marquée, et la bouffissure de la face, des douleurs ostéocopes intenses dans les deux tibias, diurnes et nocturnes ; pas d'œdème des membres inférieurs, ni d'ascite, foie normal, rate moyenne. Au front quelques papules rougeâtres discrètes, à la racine du nez et sur les joues des deux côtés, au-dessous du sac lacrymal ; aux deux paupières supérieures, au rebord ciliaire, deux tumeurs dures non suppurées, ressemblant au premier abord à des orgeolets chroniques ou des chalazions avec conservation des cils ; sur le cuir chevelu, alopécie en nappe au vertex, cheveux coupés ras, absence d'alopécie en clairière ; on voit encore des tâches noirâtres ,sombres, épaisses, de-ci, de-là sur le cuir chevelu ; elles correspondent à des boutons croûteux disparus depuis un mois environ. Aucune plaque aux lèvres, sur la langue ou le voile du palais, la voûte palatine a une teinte normale, la voix est nasonnée, le respiration pénible et difficile ; il existe de l'essoufflement ; adénites assez marquées dans

les deux aisselles et au cou ; des adénites plus volumineuses, dures, sans tendance à la suppuration dans les deux aînes.

Il y a trois mois est apparu un petit bouton sur le gland, à droite du méat, lequel s'est ulcéré, a gagné en surface et en profondeur, sur une surface d'un centimètre environ, suinte peu, semble gagner vers la gauche ; il existe en outre une autre ulcération de la largeur d'une lentille près du méat, et une troisième plus superficielle, à gauche également. sur le rebord préputial du gland : le sillon balano-préputial n'offre ni ulcération, ni dépoli, ni irritation sécrétoire et balanite ; on note l'absence d'uréthrite, de cystite ; les ulcérations actuelles du gland, avec induration sur leurs bords et peu de tendance à la guérison ont suivi l'apparition de l'éruption papulo-croûteuse de la face et du cuir chevelu.

L'examen rhinoscopique fait constater la présence de croûtes fétides épaisses, abondantes dans la narine droite, masquant mal une ulcération linéaire qui met à nu le bord inférieur du cartilage de la cloison détaché de son encastrement dans le vomer ; des deux côtés les cornets moyens sont ulcérés et leur cartilage mis à nu ; dans le bas, des ulcérations s'étendent sur le plancher vers le pharynx, qui est masqué par des croûtes purulentes ; jetage, odeur fétide, respiration pénible. Après lavage nasal au permanganate au 1/100e, tiède, qui détache mal les croûtes et donne aux ulcérations un aspect noir couleur de noyer, nous pratiquons un curettage des cornets et de la cloison ; des fragments de cartilage avec des lambeaux de muqueuse sont ainsi enlevés et nous constatons alors une perforation de la cloison de la largeur d'une pièce de 0,50 cent. un peu en avant de la lame perpendiculaire de l'ethmoïde, l'auvent nasal a bien résisté ; la lame criblée de l'ethmoïde a été aussi curetée légèrement, ainsi que le cornet supérieur, en arrière ; nouveau lavage, pansement des deux côtés à la gaze aseptique ; le soir même, le malade se trouve très soulagé malgré sa perte de sang et respire sensiblement mieux. Il nous apprend que 10 injections de bi-iodure (à quelle dose ? en solution aqueuse ou huileuse ?) ont été pratiquées à Dakar, avant l'embarquement, sans résultat.

Le jour même de notre intervention, le 11 août, nous pratiquons la première injection de bi-iodure à 0,02 dans les fesses ; aucune douleur, aucune complication durant la série de 20 injections faites quotidiennement; l'alimentation du malade, dont l'état est précaire, consiste en lait, Banyuls, eau de Vichy, il prend tous les jours un gramme de quinine en raison de sa température qui reste à 39° durant plusieurs jours, sans aucune rémission ; le chloral et la morphine assurent le repos des nuits et combattent l'insomnie et les douleurs nocturnes.

Le 19 août, après des lavages quotidiens du nez et des pansements aseptiques avec vaseline à l'oxyde jaune de mercure sur les cornets, on note la disparition des douleurs ostéocopes, de la sécheresse de la langue : une seule fosse nasale paraît nécessiter un pansement à la gaze. Malgré les bains quotidiens d'eau oxygénée et le traitement spécifique (8e injection) les ulcérations du gland se sont aggravées, la fièvre persiste nonobstant le gramme de quinine absorbé tous les matins et monte tous les soirs à 38°,5 ; on cautérise les ulcérations du gland au thermo-cautère.

Le 24 août, la nécrose des cornets continue, revêtus d'ulcérations avec bourgeonnement de la muqueuse et muco-pus dans les méats ; l'ulcération de la verge est toujours profonde et envahissante ; lavages quotidiens des fosses nasales au permanganate, puis pansement à la vaseline à l'oxyde jaune. La fièvre tombe à dater du 26 août et l'état général, très médiocre jusque-là, s'améliore.

Le 5 septembre, le pourtour de la perforation de la cloison paraît à peu près cicatrisé, on note des ulcérations de bon aloi sur les cornets moyens et en bas sur les cornets inférieurs, mais le bourgeonnement est plus vigoureux, le malade respire bien, se nourrit mieux, n'a plus de céphalée, semble ressuscité ; son éruption du front et de la face a fortement diminué. Le 23 septembre, l'ulcération du gland a gagné en bas, en profondeur, l'urèthre ; elle a environ 1 cent. 1 /2 de hauteur ; sa teinte est grisâtre en bas, rouge terne sur les bords ; les lavages et les tampons imbibés d'eau oxygénée permettent de déterger le nez des croûtes incessamment récidivantes.

Le 6 octobre, on constate, sous l'influence des bains quotidiens de la verge à l'eau oxygénée pure et des cautérisations au chlorure de zinc au 1 /10 répétées depuis 4 jours, suivies de pansements au formol à 1 /100, une réduction manifeste de l'ulcération glandulaire ; la profondeur de celle-ci vers l'intérieur de l'urèthre et plus en dedans que le méat est réduite de moitié ; bon état général, mais persistance du muco-pus dans les fosses nasales ; le 13 octobre, on constate que si la partie inférieure se déterge, le fond des fosses nasales est toujours envahi par des croûtes profondes qui résistent aux lavages et qu'atteint difficilement l'oxyde jaune ; le gland se réduit de plus en plus sous l'invasion du phagédénisme persistant et s'affaisse en dedans vers l'ulcère qui est maintenant purement intra-uréthral et a quitté la substance glandulaire superficielle ; le malade pisse en pomme d'arrosoir.

Le 21 octobre, l'ulcération est transversale, du méat jusqu'au sillon balano-préputial, vers la gauche ; elle a environ une profondeur de deux millimètres ; les cautérisations au chlorure de zinc dans l'intérieur de l'urèthre sont très minutieusement pratiquées ; l'effort vers la guérison est évident, on a fait hier la 20e injection de bi-iodure. Malgré la suppuration de la pituitaire boursouflée, l'état du nez s'améliore ; il garde sa structure extérieure, les cornets sont recouverts d'une muqueuse cicatrisée, mais le pourtour de la perforation de la cloison revêt, malgré les attouchements, un léger aspect de nécrobiose cartilagineuse quelques croûtes se reforment et l'épidermisation des bords ne se fait pas. Le 28 octobre (78e jour), le gland est complètement cicatrisé, le jet d'urine est dispersé, il existe encore une ulcération longitudinale de la partie initiale de l'urèthre ; douches nasales persévérantes, cautérisation uréthrale au formol à 1 /100, bien tolérée, tandis que les premiers pansements (19 septembre) avaient déterminé de vives douleurs et un œdème prononcé du gland. Les céphalées ont complètement disparu, la fièvre d'infection est tombée ; l'appétit revenu à la normale, le malade a beaucoup engraissé et se lève toute la journée depuis un mois environ. Il sort, définitivement guéri, le 31 octobre, respirant très librement, n'ayant

aucune manifestation secondaire apparente, aucune plaque muqueuse, mais, comme avant, quelques adhérences en haut reliant les cornets à la cloison et diminuant la largeur de la fente respiratoire.

RHINITE CHRONIQUE ULCÉREUSE DES CORNETS, SUITE DE TERTIARISME.

Observation 10. — Barka ben A..., 20 ans, vient à la consultation de la municipalité de Gabès le 17 novembre 1902. Rhinite syphilitique tertiaire avec croûtes suintantes, sanguinolentes, sur les cornets moyen et inférieur, odeur fade, ulcères se prolongeant en arrière jusqu'aux choanes. Voix nasonnée, respiration difficile. Adénites généralisées et surtout rétro-angulo-maxillaire : IK à 2 grammes par jour et injections nasales de sublimé au 1/2000. Syphilis héréditaire. N'est pas revu.

PAROTIDITE POST PNEUMONIQUE, SYPHILIS ANCIENNE, PERFORATION DE LA CLOISON DU NEZ.

Observation 11. — Mohamed ben Ali, 35 ans, 4e tirailleurs, entre à l'hôpital militaire de Sousse le 1er décembre 1903, pour pneumonie grave, suivie bientôt de parotidite double non suppurée ; stomatite intense. Nous le voyons à notre arrivée le 15 décembre ; au bout de quelques jours la désinfection buccale activée par des douches nasales au permanganate fait disparaître les sécrétions purulentes du pharynx nasal, les parotides reviennent à l'état normal, en faisant la rhinoscopie antérieure, nous trouvons en avant du vomer, dans l'angle qui forme avec la lame perpendiculaire de l'ethmoïde, une perforation ancienne de la cloison, cicatrisée sur ses bords, large comme une pièce de cinquante centimes, ayant donné au nez la forme peu prononcée du nez busqué. Le malade nous apprend qu'il a eu, il y a deux ans, la vérole, qu'il a eu pendant quelque temps de la difficulté à se moucher, des croûtes abondantes, récidivantes, mais ne se rappelle pas avoir expulsé de fragments cartilagineux ou osseux. Actuellement, pléiade ganglionnaire aux aines, aux aisselles, au cou et deux ganglions sus-épitrochléens légers. Les parotidites para-pneumoniques sont consécutives à l'infection buccale.

Le malade, qui ne s'était jamais douté de la perforation de la cloison, se remet lentement, prend durant 15 jours 2 grammes d'IK et sort guéri, nettoyé, fortifié le 15 janvier.

SYPHILIS EXOTIQUE GRAVE, NÉCROSE DES CORNETS, CURETAGE, GOMMES DU PHARYNX, GUÉRISON.

Observation 12. — P.., adjudant, 36 ans, a contracté la syphilis à la Martinique, il y a dix ans, pendant qu'il servait dans l'infanterie de marine ; il entre en juin 1897 à l'hôpital militaire Desgenettes, à Lyon, pour des troubles ataxiques ; au bout d'un mois il est évacué sur notre service pour sa syphilis ancienne ; l'examen rhinoscopique, provoqué par une voix très nasonnée, montre que les fosses nasales sont bourrées de

croûtes noires, fétides, adhérentes ; lavages répétés à l'eau boriquée tiède, gaze iodoformée imbibée de glycérine, frictions mercurielles et IK à haute dose, résultats médiocres, reproduction des croûtes ; au bout de quinze jours, curetage des fosses nasales, expulsion ultérieure de séquestres provenant en partie des cornets, en partie de l'ethmoïde, désinfection soignée des fosses nasales tous les jours, apparition de gommes à la face postérieure du pharynx, pelurées et profondes de 4 à 5 millimètres ; cautérisation au galvano-cautère de la lame criblée de l'ethmoïde et des ulcères pharyngiens à plusieurs reprises, affaissement du nez, mal maintenu par l'auvent nasal déchiré ; cautérisations et désinfection (gaze iodoformée, lavages au permanganate à 1/500) continuées énergiquement pendant six mois, tendance constante au suicide, relèvement du moral, guérison définitive. Le malade après trois mois de convalescence peut reprendre du service, il est actuellement retraité et marié sans récidives.

Les observations 10, 11 et 12 ont été publiées par nous in *Bulletin de la Société médicale de la Drôme* (février 1903, p. 37, ainsi que l'observation 13).

Syphilis grave, tertiarisme du nez, perforation méconnue de la voûte palatine.

Observation 13. — X..., 36 ans, propriétaire, est veuf depuis trois ans, et père d'une fillette de cet âge, qui ne présente aucune malformation ni aucune trace de syphilis héréditaire ; la femme du malade est morte en couches. Lui-même a eu la syphilis deux ans avant son mariage, ne s'est pas traité et actuellement se plaint d'une difficulté de respiration, de gêne nasale, d'obstruction, de céphalée persistante : il mouche des croûtes épaisses, sa voix est très nasonnée, il a la bouche à haleine forte et crache en permanence des matières visqueuses ; son appétit est très diminué, son état général médiocre, son intelligence affaiblie ; il nous est adressé par le docteur Bourrel, de Carcassonne, en juin 1894, à Toulouse. L'examen du nez montre l'existence dans les deux fosses nasales de croûtes très épaisses, fort adhérentes ; il est très difficile de nettoyer les cornets et de voir clair dans la partie postérieure ; on y parvient cependant après plusieurs lavages à l'eau bouillie tiède ; la choane gauche est très élargie, les cornets se nécrosent superficiellement, le cavum nasal est rouge, tuméfié, la muqueuse pituitaire légèrement ulcérée, la cloison est intacte.

L'examen de la cavité buccale montre aussitôt une perforation médiane de la voûte osseuse, longue de 2 centimètres environ et large de 8 à 10 millimètres ; pas de lésion du voile ; la cloison est visible dans la perforation, les mucosités se déversent dans la bouche. En bouchant la perforation avec une boulette de coton, le malade qui est très surpris de l'existence de cette lésion qu'il n'avait jamais soupçonnée, dans son

dédain de tous soins, et de tout examen personnel, recouvre instantanément une voix de timbre normal.

Désinfection quotidienne du nez par des injections antiseptiques, glycérine phéniquée, IK à haute dose, toniques. Un appareil en caoutchouc adhésif sera placé pour rendre la voix plus intelligible et empêcher la déglutition constante des mucosités. N'a pas été revu après deux examens à quinze jours d'intervalle.

LE SARCOCÈLE SYPHILITIQUE

Par M. le Dr Henri MALHERBE.

Chez l'homme, au cours de la syphilis, le testicule peut être assez fréquemment touché par les accidents tertiaires.

On désigne communément sous le nom de sarcocèle cette syphilose du testicule.

Cette affection du testicule avait été entrevue par Hunter ; mais sa place ne fut bien fixée dans la nosologie qu'à la suite des travaux de Balfour et Swédiaur. Jullien rapporte une très curieuse observation de Fabrice de Hilden qui montre que les médecins du XVIe et du XVIIe siècle n'ignoraient pas cette lésion. Astley Cooper en donne dans ses œuvres une excellente description. Dupuytren, Boyer et Roux l'ont aussi étudiée. Mais c'est Ricord qui en 1840 fit le mieux connaître cette lésion dans son ensemble. Toutefois, il eut le tort dans la suite de nier la terminaison du sarcocèle par suppuration ; c'est-à-dire la forme gommeuse de la syphilis testiculaire. Cette erreur fit école.

Plus tard, en 1858, Rollet, de Lyon, fit faire un grand pas à la question de la syphilis testiculaire en décrivant le fongus bénin de cet organe. Il démontra que les enveloppes du testicule peuvent s'ouvrir pour donner passage à une masse fongueuse qui s'étale sur le scrotum et qui a pour point de départ des gommes profondes du parenchyme.

Plus récemment encore cette lésion a été étudiée dans un mémoire remarquable (1882) tant au point de vue clinique qu'histologique, par deux auteurs qu'on ne peut ignorer : Reclus et Malassez.

De tous les organes génitaux internes de l'homme, il n'y a guère que le testicule qui soit frappé par la syphilis tertiaire.

Ces lésions tertiaires sont fréquentes, elles se voient dans 8 à 10 % des cas de syphilis tertiaires. On peut les voir surgir à toutes les périodes de la syphilis.

Elles peuvent être très précoces, et se montrer dès le quatrième mois de la maladie. D'après Mauriac, cette syphilose se montre habituellement à la fin de la deuxième ou au début de la troisième année. On peut la voir beaucoup plus tard, vers la dixième ou la vingtième année de l'infection.

A quelles causes faut-il attribuer la localisation du tertiarisme sur le testicule ? On ne peut le dire d'une façon certaine. Vraisemblablement on peut invoquer des causes occasionnelles ; ainsi le traumatisme, le surmenage vénérien qui, dans une observation que nous citerons plus loin, paraît bien avoir été l'origine de l'accident ; une poussée blennorrhagique antérieure sur l'épididyme.

Cette manifestation syphilitique peut revêtir deux formes : la forme scléreuse, la plus fréquente, la forme gommeuse, plus rare et peut-être plus intéressante en raison des difficultés de diagnostic qu'elle peut entraîner.

La forme scléreuse appelée encore et surtout sarcocèle syphilitique, est le type commun, voici comment il se présente :

Insidieusement, avec seulement une sensation de gêne et de pesanteur dans les bourses, le testicule augmente de volume. L'aspect des bourses n'est pas modifié. A la palpation; on constate alors que l'organe lésé a augmenté de volume, il est gros comme un œuf ou une petite poire ; sa forme n'est pas changée, elle est toujours ovoïde, sa surface parfois régulière est devenue d'autres fois mamelonnée par suite de la présence de petites saillies bien sphériques, grosses au plus comme un pois et enchâssées dans l'albuginée et qui constituent ce que l'on appelle les nodules de Ricord. En outre de ces saillies, on trcuve encore des plaques et des bandes dures, rugueuses, irrégulièrement disposées. En arrière, on ne sent plus sur le bord postérieur de l'organe la saillie de l'épididyme comme à l'état normal, il est confus et on ne parvient à le délimiter qu'en suivant le canal déférent. La consistance du testicule est changée, l'organe est devenu dur, d'une dureté ligneuse ou chondroïde. Dans certains cas, cette dureté n'est pas uniforme, elle se manifeste par place, constituant ce que les auteurs ont décrit sous le nom de plaques de blindages. La sensi-

bilité particulière du testicule a disparu. Rarement la vaginale est intéressée et s'il y a épanchement, il est toujours léger. En outre, les bourses sont augmentées de poids ; on le constate en les soulevant à la main. Les troubles subjectifs sont bénins, pas de douleur, pas de réaction inflammatoire, le malade n'accuse que des tiraillements et une sensation de poids dans les bourses.

L'orchite scléreuse évolue avec une grande lenteur. Elle met des semaines à se constituer, sa période d'état dure des mois, elle ne s'efface que peu à peu, soit *sua sponte*, soit sous l'action du traitement. Peu à peu le testicule se dégonfle, la sensibilité normale de l'organe réapparaît et la saillie de l'épididyme est de nouveau perceptible.

Dans les cas où l'affection a eu une trop longue durée en raison d'un traitement trop tardif, il peut y avoir atrophie testiculaire. On ne sent plus dans les bourses qu'un noyau fibreux, dur, le varicocèle de Ricord.

Si la lésion n'a touché qu'un testicule ou même si, en étant bilatérale, elle n'a été que partielle, on observe la conservation parfaite des fonctions testiculaires. Les désirs persistent avec la faculté de les satisfaire. La sécrétion du sperme est diminuée, mais on y trouve des spermatozoïdes. Si l'atrophie est double, le malade devient eunuque, la voix se transforme, elle est grêle, les formes s'arrondissent, la verge elle-même devient grêle.

A côté de cette forme à évolution torpide, qui est ordinaire, il faut savoir qu'il y a des cas aigus. Brusquement, le malade ressent une douleur vive dans le testicule et la zone inguinale, le testicule se gonfle et triple de volume, devient sensible, le scrotum s'œdématie et rougit. Mais au bout de quelques jours, ces accidents aigus se calment et l'affection reprend sa marche lente et torpide ordinaire.

Le sarcocèle n'a pas un pronostic grave. Il n'implique pas la malignité de la syphilis, il n'altère pas la santé et ne compromet pas les fonctions du testicule.

Le seul fait ennuyeux est la bilatéralité de l'affection, mais il est rare que le processus pathologique aboutisse à l'atrophie.

La seconde forme que peut revêtir la syphilis testiculaire, est la forme gommeuse. Elle est plus rare que le sarcocèle, mais elle est plus grave.

Le début est en tout semblable à celui du sarcocèle. Mais bien-

tôt,en général, sur le bord antérieur du testicule, il se fait une ou deux bosselures irrégulières qui vont en proéminant. Au bout d'un temps variable, le scrotum, qui glissait sur ces nodosités qui ne sont autre chose qu'une gomme en formation, rougit, s'œdématie, adhère à la partie la plus saillante de la tumeur. Il y a alors douleur assez vive. Puis pendant un temps variable les choses restent dans cet état. La tumeur formée par la gomme testiculaire unie au scrotum plus ou moins infiltré, reste dure.

Mais comme toutes les gommes, la gomme du testicule suit son évolution, elle se ramollit. La partie saillante s'ouvre et il sort de la sérosité filante, du pus mêlé de grumeaux gris et de sang.

L'ulcération gommeuse se fait. Elle s'établit sur la partie antérieure du scrotum, au devant du testicule. Elle s'ouvre par deux ou trois pertuis qui se réuniront pour former l'ulcération gommeuse ou seulement par une ouverture unique qui s'élargit.

Entièrement constituée, l'ulcération a de 3 à 4 centimètres de diamètre, elle est arrondie ou irrégulière, les bords sont à pic, sertis d'une aréole rouge. Les parois de la gomme sont irrégulières, anfractueuses. le fond est tapissé d'une matière blanc jaunâtre filante qui constitue le bourbillon gommeux. Ce bourbillon gommeux vient faire hernie à travers l'ulcération scrotale et offre l'aspect d'un champignon formé, comme on l'a dit, de filasse blanchâtre. L'élimination de ce bourbillon est longue, elle se fait par élimination successive de lambeaux sphacélés.

La peau des bourses réagit aussi, elle s'épaissit, s'indure et prend une apparence éléphantiasique.

Le traitement agit vite sur ces lésions, et lorsque la réparation est faite, il ne reste qu'un cordon fibreux qui unit le testicule au scrotum. Ce cordon se résorbe vite et il ne reste bientôt comme seul vestige du mal qu'une cicatrice déprimée qui s'étale sur le scrotum.

Toutes les gommes du testicule n'offrent pas l'évolution que nous venons de décrire. Si le traitement énergique intervient à temps, elles peuvent s'arrêter à la période de crudité, régresser et ne pas s'ouvrir.

Un incident curieux, qu'il faut connaître, peut traverser la cicatrisation d'une gomme. Le processus de réparation peut s'exagérer; le bourgeonnement, par son exubérance, devient morbide, il se fait comme une masse végétante qui pousse à travers la per-

foration scrotale. C'est un gros champignon rouge, mou, flasque, visqueux, saignant, qui peut conduire à des erreurs de diagnostic. (Obs. II). C'est ce que les auteurs appellent le *fongus bénin* par opposition au fongus malin qui dérive du cancer.

On distingue deux formes de fongus : le fongus superficiel et le fongus profond.

La différence qui existe est la suivante : le fongus superficiel dépend d'une gomme scrotale ; le fongus profond ou parenchymateux vient d'une gomme testiculaire, souvent on y relève la présence de tubes séminifères. Il est assez difficile, dans la pratique, de distinguer ces deux variétés.

Le sarcocèle gommeux a un pronostic sévère. Il détruit le testicule. Le pronostic est encore plus grave si les gommes sont multiples. Le fongus n'a pas de signification mauvaise, il retarde seulement la cicatrisation.

Ici se place un des points les plus intéressants du sujet qui nous occupe, le diagnostic de la syphilose testiculaire.

Si le sarcocèle se produit à un moment proche du début de l'infection, ce diagnostic sera aisé à poser. Il y aura les commémoratifs ou la présence d'accidents spécifiques concomitants. Si au contraire cet accident ne se manifeste qu'à une date reculée, alors le diagnostic peut devenir épineux et souvent même la nature de la lésion pourra être méconnue. Ce fait se produira soit parce que le sujet a depuis longtemps oublié sa syphilis antérieure, soit parce qu'il veut, pour des raisons diverses, le cacher, ne supposant pas toujours d'ailleurs qu'il y ait une relation quelconque entre cette syphilis ancienne et le mal actuel.

Voici les affections que l'on pourrait facilement confondre avec le sarcocèle syphilitique : l'orchite blennorrhagique. Mais dans ce cas, il y a la notion de l'uréthrite antérieure, puis les phénomènes pathologiques sont plus aigus, plus inflammatoires, la douleur est plus vive ; certaines tumeurs du testicule, telles le lymphadénome, le sarcome, le cancer, etc. Dans ce cas le diagnostic sera parfois assez difficile. La marche rapide de la tumeur maligne ou la ponction exploratrice conduiront au vrai diagnostic ; la difficulté deviendra très grande, en cas de fongus se produisant chez un sujet âgé, car dans une telle circonstance on redoute le cancer ; d'ailleurs cette erreur a été commise, comme on en pourra juger par l'observation II de cette note.

Également, la tuberculose testiculaire pourra entraîner quelques erreurs de diagnostic, surtout lorsqu'une poussée de tuberculose se produira sur le testicule au cours d'une syphilis récente en évolution, comme chez le sujet qui fait l'objet de notre observation III.

En effet, lorsque le début de la tuberculose est lent, insidieux, peu ou pas douloureux, que le testicule et l'épididyme sont envahis en même temps, que par ailleurs le sujet n'offre aucune manifestation bacillaire, on peut très bien ne pas poser le diagnostic exact jusqu'à l'apparition d'un abcès ou d'une fistule qui plaideront en faveur de la tuberculose.

Il est donc prudent, en présence d'une tumeur des bourses, de penser à la possibilité d'une syphilose testiculaire. Il y a d'ailleurs moyen d'éclaircir rapidement les doutes, c'est l'action du traitement spécifique.

Le sarcocèle, en effet, aussi bien dans sa forme scléreuse que dans sa forme gommeuse, est sensible à l'action de ce traitement. Le sarcocèle scléreux ne se modifie que lentement, la forme gommeuse au contraire très vite.

Dans tous les cas, il faut prescrire un traitement mixte. On donne KI à la dose de 6 à 8 grammes par jour et l'on fait un traitement mercuriel énergique ; soit sous forme de frictions ou mieux sous forme d'injections hypodermiques.

On le voit, il y a, pour le médecin praticien, un certain intérêt à connaître le sarcocèle syphilitique. En y songeant à temps, il pourra s'épargner des erreurs regrettables et guérir des patients menacés parfois de passer sous le couteau du chirurgien.

OBSERVATIONS

Obs. I. — *Sarcocèle scléreux. Syphilis datant de* 11 *ans.*

X... 37 ans, soldat, a pris la syphilis en 1896 à Alger, il a été soigné à l'Hôpital du Dey. Très légère au début, cette syphilis s'est manifestée par un chancre induré du sillon ; puis par une roséole discrète et par quelques plaques muqueuses amygdaliennes. En 1898, nouvelle poussée de syphilides amygdaliennes. En 1898 également, grande tache lie de vin sur l'avant-bras gauche. En 1904 nous voyons ce malade pour la première fois au mois d'octobre, il a la gale. Pendant l'année 1905, bien que n'ayant pas d'accidents, ce malade, qui a négligé antérieurement son traitement, fait sur notre conseil une cure régulière.

Le 25 décembre 1906, il revient nous consulter pour son testicule droit qui grossit et devient lourd,sans lui faire éprouver de véritables douleurs.

A l'examen on sent l'organe volumineux, induré, la pression n'éveille aucune sensation pénible. L'urètre est sain, il n'y a pas d'écoulement, l'état général est excellent. Nous posons le diagnostic de sarcocèle syphilitique. Depuis quelques mois, le malade a fait connaissance d'une femme avec laquelle il se livre à de grands excès vénériens.

Nous instituons aussitôt le traitement mixte : K I à la dose de 6 à 8 grammes par 24 heures et piqûres de biodure d'hydrargyre en solution isotonique à 2 centigr. 1 /2 répétées tous les cinq jours. Du 15 décembre 1906 au 15 février 1907, nous faisons au patient une vingtaine d'injections. A ce moment seulement la lésion,bien qu'arrêtée dans son progrès, dès le début du-traitement, commence seulement à rétrocéder. Pour des raisons particulières, le malade cesse les piqûres et continue la cure en prenant des pilules de sublimé à 1 centigramme, 2 par jour. Le 19 juillet 1907, nous revoyons M. X... Le sarcocèle est guéri. Le testicule, encore un peu gros a retrouvé sa sensibilité et sa consistance normales.

Obs. II. — *Sarcocèle syphilitique. Fongus bénin. — Syphilis datant de 5 ans.*

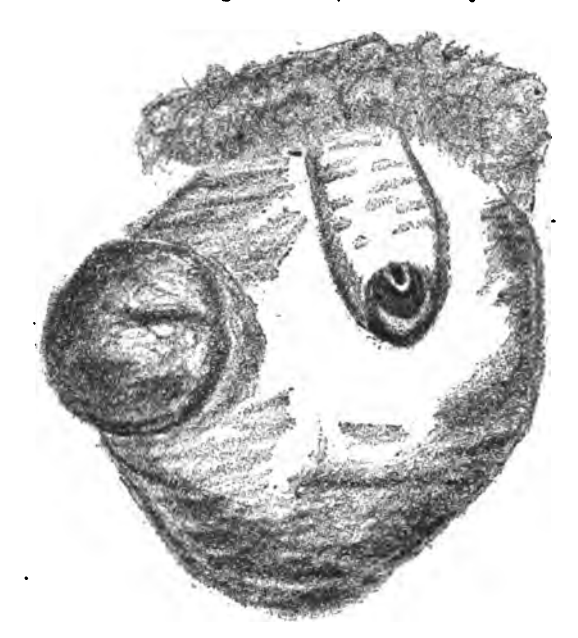
V..., 35 ans, voyageur de commerce, a eu un chancre induré du sillon en avril 1898. Le 13 octobre de la même année, il vient nous consulter pour la première fois. Depuis le début de sa maladie, jusqu'à ce jour, il a pris sans arrêt du sirop de Gibert. Ce jour,nous relevons sur lui des syphilides de retour, sur les cuisses. En outre, légère stomatite. Traitement : cesser le mercure, prendre 4 grammes KI par jour, toucher tous les 2 jours les lésions des muqueuses avec la solution d'acide chromique suivante :

Acide chromique....................	1 gr.
Eau distillée........................	15 gr.

Le 20 novembre, le malade, absent, nous écrit que les plaques muqueuses du fondement et de la bouche sont guéries. Il ne donne pas de renseignements sur les éruptions cutanées. Nous conseillons au malade de prendre 2 pilules de sublimé à 1 centigramme tous les jours pendant deux mois.

Le 26 décembre 1899, nous revoyons M. V. Il ne parle plus de sa syphilis ; mais il se plaint de son estomac et de ses intestins, il y a atonie complète de ces organes avec constipation rebelle. Nous perdons ensuite de vue ce malade jusqu'en 1903. Le 16 mai de cette année, V. vient nous revoir pour une lésion du testicule droit qui date de 3 à 4 mois et qui sans le faire souffrir, ne guérit pas et l'inquiète, il a déjà consulté plusieurs médecins qui lui ont conseillé de se faire castrer. Sur la face antérieure du testicule droit, faisant hernie à travers la peau des bourses, on voit pousser un gros champignon fongueux, turgescent et saignant ; cette lésion est peu ou pas douloureuse. Au début, dit le malade, le testicule a grossi sans douleur, la peau s'est enflammée, bientôt une plaie s'est ouverte, qui peu à peu a bourgeonné pour arriver à donner l'aspect que nous voyons aujourd'hui.

Connaissant les antécédents du patient, nous posons aussitôt le diagnostic de sarcocèle gommeux du testicule avec fongus bénin. Nous soumettons le malade au traitement mixte, KI, 4 grammes par 24 heures et piqûres de sublimé à 2 centigrammes 1/2 tous les 5 jours. Du 16 mai au



Collection Dr H. Malherbe. 1903.
Fongus bénin du testicule (Observation II).

30 mai nous faisons 4 piqûres. A cette date il y a une grande amélioration. Le malade repartant alors en voyage, nous lui conseillons de continuer l'usage de KI et de reprendre des pilules de sublimé à 1 centigramme. En novembre nous revoyons notre sujet. Il a presque sans interruption suivi son traitement ; le fongus est bien guéri ; mais le testicule est très atrophié. Depuis nous ne l'avons jamais revu (voir fig.).

Obs. III. — Tuberculose du testicule survenant au cours de la troisième année d'une syphilis.

M. K...., 24 ans, toujours bonne santé, mais a eu à diverses reprises après coït des érosions de la verge. Le 8 septembre 1904, il vient nous montrer une lésion qui date de 15 jours et qui occupe le sillon. Il s'agit d'un chancre induré bien caractérisé. Depuis ce moment, nous avons suivi et traité régulièrement ce malade en lui faisant des cures successives de piqûres de sublimé à 2 centigrammes 1/2. Les accidents consécutifs d'ail-

leurs ont été forts bénins ; roséole discrète et quelques poussées de plaques muqueuses sur les amygdales et la langue. Le malade ne fume pas et suit une hygiène sévère. Depuis près d'un an ce syphilitique avait vu disparaître toute manifestation, lorsque le 5 mars 1907, il vient nous montrer après un mois d'absence son testicule gauche qui est devenu légèrement douloureux et s'est mis à grossir. En outre, en marchant, ce jeune homme éprouve dans les bourses une pesanteur fort pénible malgré le port d'un suspensoir. A l'examen on sent la glande augmentée de volume et la saillie épididymaire effacée, la palpation n'éveille pas de douleur. En soulevant l'organe à la main on lui trouve un poids énorme. Le cordon n'offre rien de particulier sauf un gros varicocèle. Nous pensons aussitôt à un sarcocèle syphilitique et nous soumettons le malade à un traitement intensif : piqûres de sublimé à 2 centigrammes 1/2 tous les 5 jours et K I 4 à 8 grammes par jour. Malgré ce traitement continué sans relâche du 5 mars au 30 avril, on n'obtient pas de modification favorable de la lésion du testicule. Bien au contraire, l'organe n'a fait qu'augmenter de volume, la peau des bourses est devenue rouge, est adhérente à la tumeur sous-jacente et, le 30 avril, le malade vient nous montrer une fistule de la grandeur d'une pièce de 20 centimes qui s'est faite le matin et par où sort du pus séreux, grumeleux. Il fut alors facile de réformer le diagnostic et d'expliquer l'échec du traitement spécifique ; notre patient venait de faire une poussée de tuberculose testiculaire. Il ne présentait d'ailleurs aucune autre manifestation bacillaire. Interrogé à ce point de vue sur ses antécédents familiaux, il nous apprend qu'appartenant à une nombreuse famille, plusieurs de ses frères et sœurs sont morts en bas âge de méningite tuberculeuse.

Chez lui, la tuberculose paraît avoir débuté à la suite d'excès vénériens, ce jeune homme s'étant marié récemment malgré sa syphilis trop fraîche et malgré les efforts que nous avions faits pour l'en détourner.

REVUE ANALYTIQUE

PROSTITUTION.
PROPHYLAXIE DES MALADIES VÉNERIENNES.

BRUCK : **Les bonnes mœurs et la vente des bordels.** (*Zeitsch. für Bekampf. der Geschl*, 1906, v. nº 2, p. 57.) — Un article du Code allemand (par. 138, 1º dit : Toute affaire judiciaire portant atteinte aux bonnes mœurs est non avenue. En général, il n'existe pas légalement d'affaires semblables. Le droit civil distingue les affaires obligatoires et matérielles. Les premières lient la volonté (*ob ligare*) des parties. Si quelqu'un par exemple conclut un marché avec un autre, chacun doit en remplir les clauses, ce qui se fait par accord, cession, remise. L'accord est regardé comme une affaire judiciaire, matérielle, qui concerne non seulement une personne, mais la chose

et tout ce qui se rapporte à cette chose, indépendamment de la personne intéressée. La jurisprudence n'est pas bien fixée sur l'atteinte que portent aux bonnes mœurs les obligations relatives aux bordels et sur la valeur du par. 138 en l'espèce. La théorie veut que l'affaire soit non avenue si le principe et la teneur en sont contraires aux bonnes mœurs. Mais qu'entend-on par bonnes mœurs ? La définition prête à l'élasticité. En droit, bonnes mœurs veut dire morale, mais la morale ne peut être sujette à une règle du droit. Les bonnes mœurs sont l'ensemble des conceptions morales de ce qui est le bon droit. Mais qu'est cette conception ? Elle est propre à l'esprit des temps, c'est l'égoïsme de la société qui la fait. B. examine comment un système d'appréciations peut amener une fausse conception de l'impudicité, dans la question actuelle. Les bonnes mœurs ne doivent pas être lésées, mais la conduite, l'intention d'un acheteur n'intéressent pas le vendeur qui n'en est pas le gardien.Pour les uns, si un acheteur veut faire un bordel de la maison qu'il achète et que le vendeur le sache, la vente n'en est pas immorale. Mais les interprétations varient avec les tribunaux ; certaines sont même abusives, dans le sens contraire, et d'un mal on tombe dans un pire. La prostitution est malheureusement inévitable à l'heure actuelle, il faut donc l'accepter avec toutes ses conséquences. J. M.

HAMMER : **Projet de modifications aux règlements actuels de la police des mœurs de Berlin.** (*Zeits. f. Bek. d. Geschl.* janv. 1906, Bd. 5, n° 1, p. 9.) — H. propose que la dénonciation devant le procureur d'Etat n'ait pas lieu pour une première arrestation,même si la femme est malade. Il propose de modifier ainsi les textes. 1re partie, parag. 1. Introduction. Aucune femme ou fille n'a besoin de se prostituer pour gagner la vie des hommes.Parag. 2. En cas de perte de situation, aucune fille n'est forcée de se livrer à la prostitution. Il vaut bien mieux qu'elle aille à une agence d'information. Ceux de la ville se trouvent . . . Par. 3. En cas où le livret de service est perdu, il faut procéder de la manière suivante... Par. 4. En cas de dénûment absolu, toute fille est reçue à l'asile municipal, qu'elle soit munie d'un papier d'identité (adresse du préposé aux indigents,etc.). Parag.5. Dans le cas où elle n'a pas de papier d'identité, qu'elle aille au plus proche commissariat de police. Parag. 6. Si elle a une hésitation quelconque, qu'elle se renseigne près d'un sergent de ville qui lui indiquera la voie à suivre ; 2e partie. Suites de la prostitution professionnelle. Qu'arrive-t-il si une fille se livre au commerce de la prostitution ? Parag. 7. Conséquences au point de vue de la loi, faire entrer ici tous les règlements relatifs à sa surveillance, au contrôle, aux restrictions, interdictions de séjour dans les salles de concerts, etc. (Instruction complète du 28 juin, 1er octobre 1902). Parag. 8. conséquences sanitaires. Un médecin attaché à la police fixe approximativement la durée de séjour à l'hôpital, indique les maladies traitées, l'âge de décès des filles, etc. 3e partie. Adresses des ministres des cultes pour les filles qui désirent leurs conseils. 4e par-

tie. Traité des établissements laïques pour repenties. Les dépenses de cette feuille de renseignements devraient être supportées par la ville de Berlin, et non par des bienfaiteurs particuliers. Bien que soigneusement éditée, elle ne diminuera pas évidemment beaucoup le nombre des prostituées mais elle apprendra aux filles qu'une fille allemande à Berlin n'a jamais besoin de se prostituer pour subvenir à ses besoins, ou pour ne pas mourir de faim. J. M.

F. Hammer : **Règlementation de la prostitution.** (*Zeitsch. f. Bek. d. Gesch.* Bd. III, nº 10, p. 373, et nº 11, p. 423.) — L'A. expose les données qu'il a recueillies dans une longue pratique de médecin de la police. Il commence par étudier l'état de la question dans les différents pays. L'Amérique du nord, la Turquie n'ont jamais eu de règlementation. En Angletterre, en Hollande, sauf à Rotterdam, elle est abolie depuis 1888. En Suisse, elle n'existe qu'à Genève. Crispi l'a supprimée en Italie en 1888. Nicotera a rétabli le contrôle depuis 1891, en le tempérant. Les autres Etats européens possèdent encore un système de surveillance de la prostitution qui comprend : l'inscription, l'examen médical réglé, le traitement obligatoire. H. examine ensuite les points litigieux de la règlementation, tels que les prescrit la législation allemande. On ne doit pas confondre les parag. 361 et 380 du Code Pénal. Ceci manque de dignité. En 1883, la juridiction impériale a jugé comme punissable la tenue des bordels. Pourtant beaucoup de villes en ont encore aujourd'hui ; au point de vue de la police, les bordels facilitent la surveillance des prostituées, même dans leurs rapports avec les criminels, à ce point de vue, la concentration est un avantage. Le parcage empêche aussi les troubles que les prostituées peuvent occasionner dans les rues. Les rues de bordels qui existent dans certaines villes rendent plus facile à la jeunesse la recherche de ces lieux de désordres. On pourrait bien en interdire l'accès aux mineurs, aux ivrognes, aux avariés. H. essaie de réfuter l'allégation des abolitionnistes qui prétendent que la situation actuelle donnerait à penser que l'Etat reconnaîtrait la prostitution, ce qui est contraire à la morale et mérite certaines observations au point de vue sanitaire. Dans beaucoup de villes, Stuttgart, Augsburg, par exemple, on n'inscrit que les filles qui raccrochent. Dans la plupart des villes d'Allemagne on inscrit de force toute fille que l'on soupçonne en quoi que ce soit coupable de se livrer à l'impudicité sexuelle, on fait d'ordinaire précéder l'inscription d'un avertissement. Il serait bien à désirer que ces opérations ne puissent être faites que sous le contrôle d'arrêts légaux. L'A. esquisse ensuite les types de prostituées. Pour lui, peu se refusent à l'examen et aux inquisitions policières. On ne doit pas ajouter foi aux dires de certains esprits chagrins que leur opposition à la règlementation pousse à généraliser. C'est, pour H., une des raisons pour lesquelles tout essai de conversion des nobles âmes trouve si peu d'accueil chez ces femmes et obtient de si minces résultats. Les femmes inscrites de Stuttgart, au moins les volontaires, sont dociles

et ne donnent aucune difficulté à la police. Elles ne craignent pas le traitement obligatoire à l'hôpital,à cause de l'ingérence de la police mais parce qu'il interrompt momentanément leur commerce. Pendant ce séjour, elles s'endettent parfois beaucoup. Elles sont parfois capables de bons mouvements, l'A. en a connu une qui procurait à son père le moyen de travailler; à Stuttgart, on trouve environ 1 prostituée sur 15 à 20.000 habitants. H. ne parle que du registre d'inscription volontaire ; il ne tient pas compte de l'enregistrement par contrainte. Cet enregistrement volontaire ne se fait que dans deux villes d'Allemagne. Le contrôle médical actuel est susceptible d'améliorations (affectations de spécialistes,nombre plus grand de médecins familiarisés avec l'examen du gonocoque). La règlementation n'a qu'une valeur fictive et les chiffres minimes de morbidité vénérienne donnés par la ville de Londres ne sont qu'un trompe-l'œil. La prophylaxie est trop incomplète encore partout. Peut-être devrait-on faire une exception pour la Norwège,où la déclaration des maladies vénériennes est obligatoire,et où la règlementation de la prostitution est abolie depuis longtemps. Cette mesure n'a pas beaucoup accru le nombre des maladies vénériennes.Si la prostitution est plus libre, les mesures de prophylaxie employées en Norwège sont beaucoup plus sévères. Le malade doit désigner au médecin la source de sa contagion ; quel que soit son sexe, il est examiné par la commission sanitaire et s'il est trouvé malade, légalement hospitalisé. Depuis 1888, le nombre de prostituées malades a beaucoup diminué tandis que celui des bonnes et des ouvrières a augmenté. La morale n'y gagne guère. A Stuttgart, les mesures de répression telles qu'on les pratique actuellement ont donné de bons résultats ;la garnison et la ville sont, au point de vue vénérien, parmi les plus saines de l'empire allemand. On a cru pouvoir éluder le côté policier de la question en insistant sur l'examen médical, les prostituées qui se soumettraient à un examen et aux ordonnances du médecin régulièrement constatés sur leur carte, ne devant plus avoir rien à faire avec la police.Cette mesure s'appliquerait bien aux prostituées qui se soumettent volontairement au contrôle, mais les prostituées effrénées, farouches (wild) ne se laisseront jamais contrôler sans l'intervention de la police, mais elle devrait procéder autrement. L'avis du médecin ne doit pas être seulement requis pour les malheureuses déchues. Si les prostituées pouvaient comprendre que les mesures médicales servent surtout à déceler à temps la maladie, à la traiter, à la guérir du mieux possible, on pourrait pratiquer le système du contrôle volontaire, mais il n'y faut pas songer car ces filles ne pensent qu'au moment présent et jamais à l'avenir. La proposition de Kampffmeyer (caisses de secours, surveillance des logements, assurances, maladies), n'est pas praticable. En France, aussi, on tend à libérer la prostitution de toute pénalité (système Lépine). Le traitement obligatoire à l'hôpital est une bonne chose, mais on devrait donner une occupation aux prostituées car l'ennui est leur principal ennemi. Il faut par

tous les moyens possibles diminuer les chances de la prostitution (maisons de refuge). La loi de protection coercitive devrait être appliquée jusqu'à la 18e année et on devrait y apporter des perfectionnements. On pourra aussi chercher à améliorer la situation sociale des ouvrières, la misère étant une des causes principales de la prostitution, bien que beaucoup de bonnes ne s'y livrent certainement pas pour se mettre à l'abri du besoin. Mme Hanna Bieler-Böhm a demandé depuis 2 ans la création d'assistantes de matrones policières pour que les prostituées n'aient pas affaire qu'à des hommes qui ne les comprennent pas et n'apportent pas toujours la douceur désirable à l'exécution des règlements. Leur plus grand ennemi, c'est la liberté, et l'introduction de femmes dans la police ne diminuera pas beaucoup la prostitution ; ce sont de ces mesures d'utilité indirecte qui nous font sentir les origines réelles de la prostitution tout en nous empêchant de les trouver. La règlementation en général nous met à même de rester en contact constant avec l'ennemi. Hanauer a démontré au Congrès de Frankfurt combien l'éducation morale contribue à diminuer le nombre des femmes de maison, tandis que les auberges, les débits se transforment en bordels, la dépravation morale de la bourgeoisie rapprochant les distances entre elle et la prostitution. Cette question de la règlementation est des plus délicates à trancher. La solution pratique varie suivant les pays, les villes, les traditions, les usages, les caractères, le nombre des populations, etc., mais aucune mesure ne répond à l'idéal cherché, et nulle part le problème n'est plus difficile à résoudre qu'en Allemagne.

J. M.

KEYES: **Rapport sur l'œuvre accomplie par la Société française de prophylaxie sociale et morale.** (*Journ. of cut. Dis.* 1905, p. 529.) — Compte-rendu élogieux des résultats accomplis par cette Société française. Description du mode de fonctionnement de la Société. contenu des bulletins, circulaires, instructions. L'A. approuve sans réserves toutes ces mesures de prophylaxie. Il insiste sur l'éveil que l'œuvre de la Soc. de proph. a provoqué dans toutes les classes de la population sur les dangers de toutes sortes des maladies vénériennes, le rôle de la presse en faveur de ces efforts et terminé par une critique des *Avariés* de Brieux publiée par le journal. J. M.

LÄCHS : **Contribution à l'étude de l'existence de la prostitution à Cracovie au XVe siècle.** (*Derm. Zeitsch.*, juin 1906, p. 437.)— Publication de deux réponses de J. Falkenberg, père dominicain, aux conseillers de Cracovie en 1406. Ceux ci trouvant trop difficile de détruire la prostitution, cherchèrent, en 1398, à la repousser de la ville. La mesure s'étant montrée absolument insuffisante, ils demandèrent au père Falkenberg de leur dire : 1° s'ils devaient tolérer la prostitution professionnelle dans la ville en général ; 2° quelle conduite il fallait tenir vis-à vis des maisons publiques. Falkenberg est d'avis qu'on ne doit pas tolérer ces prostituées dans la ville, mais il

craint que les chasser ne cause encore plus de mal. Connaissant bien la faiblesse humaine, il craint une recrudescence de divorces, incestes, et autres manifestations honteuses de la jouissance sexuelle. Il conclut que la prostitution est encore moins à redouter. Mais si l'on doit permettre le séjour des prostituées en ville, on doit les surveiller. Il ne faut pas de maisons publiques qui contribuant à la prostitution, rapportent des revenus à leurs propriétaires, mais il faut protéger les prostituées contre les injures du temps, leur permettre de manger, changer de vêtements, etc. Malgré ces réponses, les conseillers tolérèrent dans leur ville les prostituées et les maisons de joie. On ne sait pas si le contrôle de la prostitution à Cracovie remonte à cette époque. J. M.

MARCUSE: **Contribution à l'étude du traitement ambulatoire des prostituées.** (*Zeitschr. f. Bek. d. Geschl.*, 1906, Bd. 5, nº 1, p. 1.) — L'organisation actuelle de la police des mœurs est impuissante à assainir la prostitution. Le meilleur moyen est d'arriver d'abord à faire soigner les prostituées par un médecin spécialiste, dès qu'elles sont malades. C'est la meilleure prophylaxie. Depuis 5 ans, M. a institué un mode de traitement des prostituées volontaire et absolument indépendant de la police des mœurs. Les filles s'y prêtent volontiers et M. croit pouvoir arriver ainsi à diminuer les dangers que la prostitution fait courir à la santé publique. Du 1er octobre 1903 au 1er avril 1904, M. a soigné à la Policlinique de l'Université de Berlin 255 malades, dont 129 ouvrières, femmes d'ouvriers, etc., et 126 prostituées. Sur ces 126 filles, 52 ont pu être complètement traitées, 16 ont été transitées à l'hôpital ou dans un service de gynécologie, 23 ne sont venues qu'une seule fois à la Policlinique, 35 ont fait un traitement irrégulier. On sait, du reste, combien la syphilis est difficile à traiter régulièrement, combien la malade a besoin d'énergie et de bonne volonté pour suivre fidèlement un traitement de plusieurs années. On sait que les injections, les frictions, sont difficilement acceptées par les prostituées en dehors de l'hôpital. Le traitement interne n'est prescrit qu'exceptionnellement à la Policlinique. La cure de frictions contrôlée se faisait 1, 2 fois par semaine. La durée du 1er traitement était de 6 semaines, celle du 2e d'environ 5 semaines ; on prescrivait 2 cures en 2 ans. On sait combien la blennorrhagie est difficile à traiter chez la femme surtout à une policlinique où il faut traiter tout le monde en même temps, on comprendra que beaucoup de malades aient manqué de régularité. Sur les 52 malades complètement traitées, 37 avaient la syphilis, 9 la blennorrhagie, 6 des chancres mous. Celles-ci traitées quotidiennement ont toutes guéri. Les 37 syphilitiques ont fait 2, 3, 4, et 5 traitements complets ; 17 en ont fait un. Ces traitements ont surtout consisté en injections de sublimé (15 à 20, pratiquées tous les deux jours). En résumé, la statistique de M. lui a montré que les prostituées qui se soumettaient au traitement de la policlinique en retiraient pour la plus grande partie du bénéfice. La libre acceptation du traitement

aplanit beaucoup de difficultés acceptées par des malades qui comprennent que le médecin n'a en vue que leur intérêt. J. M.

NÖTZEL : **Maisons publiques en Russie.** (*Zeitschr. f. Bekämpfung der Geschl*, 1906, v. n 2, p. 41.) —N. a fait une enquête dans les maisons publiques de Minsk, contenant 59 prostituées. Il leur a posé différentes questions (15) sur leurs antécédents, leur âge, leur mode d'existence, leurs besoins, etc. Puis il a continué ses recherches chez 272 prostituées de maisons publiques à Moscou. Ses conclusions sont les suivantes. La prostitution est un phénomène social que l'on ne peut empêcher, mais qu'on doit s'efforcer de limiter. On y arrivera en élevant le salaire du travail féminin, en modifiant, améliorant sa condition générale. Il faudrait arriver (direction du travail, participation, caisses de secours,etc.) à empêcher la femme de se livrer à la prostitution par besoin et à faciliter aux prostituées le retour à la vie honnête (commissions,asiles,etc.). Enfin il faut protéger la prostituée le plus possible contre la maladie et l'exploitation. J. M.

PINARD : **Rapport sur la préservation des nourrices et des nourrissons contre la syphilis.** (*Bulletin de la Société française de prophylaxie sanitaire et morale*, 10 avril 1905.) — P. étudie successivement les points suivants : Comment la syphilis se transmet-elle des nourrissons aux nourrices ? Comment la syphilis se transmet-elle de la nourrice aux nourrissons ? Quels sont les moyens actuellement employés pour empêcher la contamination dans les deux cas ? Quelles sont les mesures qui pourraient ou devraient être prises dans l'avenir ? En réponse à cette dernière et si importante question, l'auteur estime que la Société pourrait émettre un vote de principe, faire pour ainsi dire une sorte de profession de foi en déclarant que : toute personne qui met sciemment en contact une nourrice saine avec un enfant syphilitique,ou une nourrice syphilitique avec un enfant sain, commet un acte criminel. Ensuite envisageant les moyens vraiment prophylactiques, la Société doit, selon l'auteur, s'occuper des mesures générales et des mesures spéciales qu'il énumère ainsi : A) Moyens prophylactiques généraux : 1° tout ce qui favorisera l'allaitement maternel ; 2° tout ce qui instruira sur les dangers de la syphilis et son mode de contamination par allaitement. B) Moyens prophylactiques proprement dits : 1° *Préservation des nourrices.* — Moyens prophylactiques concernant les parents syphilitiques ; *a*) leur appliquer le traitement prophylactique de l'hérédo-syphilis ; les traiter avant la procréation et pendant la grossesse ; *b*) les instruire et leur enseigner que leurs enfants peuvent être dangereux pour tout autre sein que le sein maternel. — Moyens concernant les parents désirant placer ou plaçant un enfant en nourrice au sein : *a*) loi ou arrêté préfectoral édictant que nul ne puisse confier un enfant à une nourrice au sein s'il n'est muni d'un certificat médical garantissant la nourrice contre tout risque d'affection contagieuse qui pourrait lui être transmise par le nourrisson ; *b*) mesure légale ou admi-

nistrative édictant que la syphilis dûment transmise à la nourrice par le nourrisson soit assimilée à un accident de travail ; 2° *Préservation des nourrissons.* — *a*) obligation légale ou administrative pour toute nourrice venant de quitter un nourrisson et qui veut se replacer de posséder un certificat médical attestant que l'enfant auquel elle vient de donner le sein n'a été affecté d'aucun symptôme contagieux ; *b*) disposition légale ou arrêté préfectoral interdisant à toute nourrice non pourvue du certificat mentionné ci-dessus de se replacer nourrice au sein pendant deux mois. M. D.

ANNA PAPRITZ : **Quelle garantie peut-on attendre des rues de bordels ?** (*Zeits. f. Bek. d. Geschl.* III, n° II, p. 417.) — Les maisons fermées sont nuisibles pour plusieurs raisons. D'abord, elles nécessitent le commerce des filles, puisque sans lui elles ne pourraient renouveler leur personnel ; les filles y sont dans une sorte d'esclavage qui les lie en une certaine mesure à leurs patrons, enfin et surtout les filles renvoyées se livrent à la prostitution clandestine, source de prostitution et de maladies vénériennes. Pour remédier à ces inconvénients, on recommande actuellement les rues de bordels qui nettoieraient la rue et n'exposeraient pas la femme à de mauvais exemples. Elles valent évidemment mieux que les maisons fermées, mais le parcage ne donne aucune garantie prophylactique. Les filles de bordels trouvent souvent des sources d'infection dans leurs protecteurs.Le côté moral n'est pas plus sauvegardé, ouvriers, jeunes gens, y courent souvent. Mais les enfants mêmes ne sont pas à l'abri de contacts impurs. La prostituée méprise le métier qu'elle n'exerce que pour gagner de l'argent ; c'est le système de réglementation qui le lui fait regarder comme une profession autorisée. Les filles de maisons se prennent pour des » pensionnées » et se plaignent amèrement qu'on leur détienne injustement leur pension. Dans ces conditions, on comprend que toute tentative de sauvetage soit impossible, chez des femmes physiquement énervées et incapables de tout travail énergique systématique. La prostituée inscrite a l'instinct maternel développé ; elles ont des chiens, jouent à la poupée, secourent leur famille; quelques-unes ont des bibles,des images religieuses, des christs dans leur chambre. Cet amour de la religion se rencontre aussi chez bien des hommes qui cultivent également l'église et le bordel. Tout autre est la psychologie de la prostituée effrénée (wild). Celles-ci sont menteuses, craintives ; mais ce mensonge est une preuve de honte qu'elles ont de leur métier, on devrait toujours employer la coercition et l'éducation, car il s'agit presque toujours de personnes mineures, insouciantes, que l'on doit systématiquement inciter au travail et au bien, au lieu de la réprimer par des sentiments de crainte et de punition. Il faut leur montrer les joies de la vie saine. On pourrait y arriver plus facilement en réformant les rues de bordels qui n'offrent à la jeunesse indécise qu'un commode *refugium peccatorum*, car nulle part le proverbe » l'occasion fait le larron » n'est mieux applicable. Le commerce de la prostitution libre

offre à l'homme de passage dans une ville des dangers que l'homme jeune, inexpérimenté, redoute ; mais s'il trouve dans une ville la prostitution organisée, il y court souvent par pure curiosité et en reviendra peut-être contaminé. Car une visite médicale même journalière ne mettrait pas à l'abri de la contagion puisque les filles ne peuvent constater la maladie de leurs « amis » et que ceux-ci n'ont pas le temps avec leurs occupations de se désinfecter par des lavages. La rue de bordels n'est donc pas plus à recommander au point de vue moral que sanitaire. Si toutes les manifestations provocatrices du commerce de la prostitution étaient sévèrement interdites, la police des mœurs pourrait être, comme son nom l'indique, la sauvegarde de la morale. La prostitution de la jeunesse doit commencer à l'enfance, qu'on doit enlever à cette atmosphère empoisonnée (lois de protection, lois sur les habitations, inspections des logements). Il faut d'autres moyens moralisateurs, d'autres prophylaxies physiques pour la jeunesse, or les rues de bordels n'ont jusqu'ici jamais fait autre chose qu'aggraver le mal et ne pourront qu'en faire de plus en plus. J. M.

THOMALLA : **L'onanisme à l'école, ses conséquences et sa prophylaxie.** (*Zeitsch. f. Bek. d. Geschl*, 1906, V. n° 2, p. 63.) — L'onanisme se pratique surtout au début de la puberté, dans les internats de préférence, où la surveillance n'est pas suffisante. La majeure partie des onanistes expient terriblement plus tard leurs fautes de jeunesse : si quelques-uns conservent leur santé, la plupart deviennent neurasthéniques et même impuissants. T. rapporte l'observation de 3 malades de ce genre qu'il a traités localement. Le 1er cas concerne un homme de 28 ans, récemment marié, atteint de pollutions, sans érection, dont le défaut empêchait le coït, prostatorrhée, massage de la prostate, lavages uréthraux au nitrate d'argent. Guérison. Le 2e est identique, mais le jeune homme n'est que fiancé. Le 3e concerne un jeune homme de 16 ans, guéri de son onanisme, mais atteint consécutivement de pollutions nocturnes, et dépression psychique. Suggestion, direction morale, traitement local de l'hypertrophie et de l'irritabilité de la prostate, comme plus haut, guérison. Sauf très rares exceptions, T. a trouvé chez tous les onanistes une hypertrophie inflammatoire de la prostate, qui entraîne une affection des conduits séminifères. Il faut traiter ces affections en même temps que le moral, toujours atteint. On devrait donc faire aux instituteurs, aux professeurs d'écoles populaires, séminaires, universités, des cours pour leur apprendre à combattre l'onanisme à l'école. Son importance est grande. Le médecin scolaire devrait toujours instruire les enfants du mal qu'ils se font en se livrant à de pareilles manœuvres, et approprier leur enseignement à l'âge, à l'instruction des élèves. Ce serait encore le meilleur des remèdes, le maître secondant le médecin dans sa tâche éducatrice. Il ne suffit pas de régler le régime, l'exercice, l'hygiène du corps ; il faut aussi former l'esprit. Le jardinage est utile, c'est un bon dérivatif. J. M.

WECHSELMANN : **Histoire de la prostitution en Allemagne.**(*Zeitsch. f. Bek. d. Geschl.*, Janv. 1906, Bd, 5, nº 1, p.15.) — Les anciens Germains étaient continents ; leur moralité était sévère. Les Codes punissaient sévèrement toute faute de ce genre. La prostitution était regardée comme un crime ; la femme qui s'était prostituée était vendue comme esclave, tuée ou forcée de se tuer. Tacite a raconté comment le mari trompé chassait sa femme devant la famille assemblée après lui avoir coupé les cheveux et l'avoir dépouillée de ses vêtements. La maison où un viol avait été commis était jetée par terre et tous les être vivants qui l'occupaient, même les bêtes, mis à mort. Cependant il paraît avoir existé de bonne heure notamment chez les Gaulois qui avaient probablement un caractère religieux.Le Vida, la chanson des Niebelungen citent des femmes errantes qui traversaient l'Allemagne avec des bateleurs, dont Childebert (584) dut interdire les danses lascives et contre lesquelles Hinkmar,évêque de Reims, dut protéger son clergé. Ces femmes n'étaient probablement pas allemandes, au moins libres. Pourtant Reccaret, roi des Wisigoths, a promulgué des lois disant que toute prostituée devait être chassée du pays, réprimandée et, avant d'être exilée, punie de 300 coups de fouet. Charlemagne décida que celui qui donnait asile à une prostituée, devait la mener nue sur la place du marché où elle était fouettée de verges. La prostitution était essentiellement errante. Les Pèlerines à Rome, Saint-Jacques de Compostelle, etc., se changeaient en prêtresses de Vénus en France et en Lombardie. Saint-Boniface (747) avertit l'évêque de Canterbury, Audbert, qu'on trouve partout en Lombardie et en France des filles anglaises, et le vieux prédicateur Berthold de Regenberg demande que les hommes seuls partent en pèlerinage parce que les femmes y perdent leur honneur. Il cite une vierge qui, partie en pèlerinage pour Rome, perdit sa virginité dans l'église de Saint-Pierre et y devint grosse. Un autre raconte l'histoire d'une certaine Maria qui,venue par mer à Jérusalem, n'ayant pas de moyens, livra son corps à l'équipage pour payer son transport. Les Croisés avaient avec eux beaucoup de filles perdues. La vieille pureté morale avait disparu, à cette époque et le commerce sexuel s'exercait à l'envi. La polygamie, le concubinage fleurissaient dans le monde séculier ou religieux (Concile de Mayence 832). Sous les Mérovingiens et Carlovingiens, les nobles Seigneurs avaient des maisons de femmes entourées de murs,gérées par les habitantes, qui leur servaient de concubines. La corruption était horrible dans les palais francs. Charlemagne avait, outre ses 4 femmes légitimes,6 concubines.On connaît les aventures de ses filles. L'immoralité parvint au plus haut point sous ses successeurs Lothaire II, Hubert. Le clergé n'échappait pas à cette corruption. Le concile d'Aix (836) se plaint déjà que beaucoup de cloîtres de femmes sont devenus de vrais bordels et recommande aux Abbesses de donner le bon exemple à leurs nonnes. Les Capitulaires de Charlemagne mentionnent que les moines et les nonnes errent dans la campagne et se livrent à la prostitution. L'origine de cette corruption du clergé

au moyen-âge était le célibat des prêtres.Prêtres et laïques poussaient les religieuses à la prostitution. Tous les moyens étaient bons, même le confessionnal et on dut défendre aux prêtres de donner l'absolution à celles avec lesquelles eux-mêmes avaient coïté. On trouvait beaucoup de ces religieuses impures à Berlin. Le Droit berlinois décide qu'un prêtre trouvé en adultère avec la femme d'un bourgeois peut être de ce fait mis à mort par celui-ci, sans encourir l'excommunication. C'est ainsi que Konrad Schütze, envoyé de l'Evêque de Magdeburg, fut tué par les bourgeois de Berlin (1322) pour s'être permis de proposer à une honorable bourgeoise de se baigner avec lui. Dans beaucoup de paroisses allemandes, les bourgeois désiraient que les prêtres eussent des concubines, pour qu'ils n'aient pas l'envie de s'attaquer à leurs femmes ou filles, désir souvent approuvé par les Seigneurs.Une chronique de Salzburg de 1100 regarde comme un saint le prêtre qui se contente d'une concubine. La moralité du peuple n'était pas meilleure, vers l'An mil, la croyance à la fin du monde provoqua un vertige des sens, une orgie effrénée et une extension surtout effroyable de la prostitution. Les croisades y contribuèrent beaucoup ; une foule de courtisanes accompagnaient les jeunes croisés; les Français en avaient 1500,rien que pour la croisade de 1180. La perte considérable d'hommes diminua les chances de mariage, aussi indépendamment des cloîtres, se créa-t-il des communautés qui se livraient aux hommes pour plaire à Dieu, et dans beaucoup de cloîtres, à Gnabeigell, Kiechheim, Oberndorf, les nonnes se livraient à leurs hôtes jour et nuit à cette intention. Les prostituées étaient surtout nombreuses près des troupes mercenaires allemandes.Le condottière allemand Werner (V. Unlingen), pour un effectif de 3500 hommes,emmenait avec lui un train de 1.000 femmes de mauvaise vie ; Karl le Hardi avait au siège de Neuss plus de 4.000 filles, dans son camp. Dans son expédition aux Pays-Bas, Albas était suivi de 400 filles de joie à cheval et 800 à pied, rangées par compagnies et suivant en ordre ses propres troupes.La vieille chronique de Königshofen raconte que cette troupe était soumise à un bailli que chaque fille payait un pf. par semaine pour la protéger. Ses fonctions étaient très importantes. Les femmes publiques étaient obligées de faire la cuisine, balayer, laver, soigner les malades, etc. En cas d'insoumission, elles étaient cruellement battues avec un bâton long comme le bras. Frédéric Barberousse leur faisait couper le nez et les empêchait de se réunir en nombre quand le tambour l'indiquait. Les marchés annuels, les fêtes ecclésiastiques ont été aussi bien des causes de prostitution au moyen âge. Au concile de Constance (800) il y avait 700 femmes publiques, 1.500 secrètes,dont une se fit payer 1500 guldens d'or ; à la diète impériale de 1532, il y avait 1500 belles femmes,encore trop peu nombreuses pour satisfaire les princes, comtes, seigneurs, nobles et prélats. On chercha à limiter ces désordres, en réglant la prostitution, bien que les maladies vénériennes fussent encore assez rares à cette époque. L'évêque de Minchester dès 1162 et Jeanne Ire reine des Deux-Siciles, exigèrent

la surveillance des bordels. Cette surveillance s'étendit un peu partout (Strasbourg, Francfort, Ulm, Zurich, Luzern, Nordlingen). Les villes y trouvèrent bientôt des sources de revenus (Berlin, Wurzburg, Regensburg, Mainz, Scharabach) Au 16e siècle, les maisons de femmes rapportaient déjà une somme considérable. On limita la prostitution à certains quartiers, (Strasbourg 1471, Frankfort, 1477). La tolérance de la prostitution au moyen-âge était due aux dommages encore discutés que peut produire l'abstinence, très dangereuse suivant Galien, Magnin (XIVe siècle), Vauldens, v. Taranta, médecin de Karl VI. On autorisait les relations sexuelles aux jeunes nobles dès la 12e ou 14e année. Les hommes et les femmes restaient à se baigner pendant des heures ensemble. L'amour de la femme s'étendait de plus en plus (Wenzel, Sigismond), mais on interdit bientôt l'entrée des maisons publiques aux hommes mariés, et toute infraction à cette règle était punie d'une forte amende (500 pf.) et de prison. Dès lors, on chercha à punir l'adultère et le proxénétisme de la façon la plus sévère. En 1390, Jessemann et sa femme, qui avaient livré d'un commun accord leur fille au commandeur des templiers, Peter Ryke, furent brûlés tous les trois. Même châtiment pour une femme Mathias qui avait livré la femme d'un autre homme à Jakob v. d. Ryne. En 1584, Ursula Zicsemer et Kasper Herz furent décapités pour adultère et, en 1592, le damoiseau et le pêcheur le furent aussi pour avoir couché avec une femme Bellin. Les filles tombées étaient menées à la maison commune, le bourreau leur rasait les cheveux, et leur couvrait la tête d'un voile. A Berlin, Leipzig, Berne, Zurich, etc., les prostituées avaient un costume spécial, mais par amour de la mode, les femmes honnêtes ne se distinguaient pas beaucoup des prostituées. Les transgressions aux règlements étaient sévèrement punies. A Bâle, trois filles qui étaient cachées dans un cloître déguisées en hommes, furent mises nues dans une cage et exposées aux injures de la populace. A Hambourg, des femmes légères ayant troublé l'honneur et le repos de femmes honnêtes par des paroles indécentes, furent mises au carcan avec deux pierres au cou et amenées au son du cor par les valets de ville avec injures et outrages à la porte de la ville. A Augsbourg, si l'on en rencontrait en ville certains jours consacrés où elles ne devaient pas s'y trouver, on leur coupait le nez, mortes, on les jetait à la voierie. Malgré tout, l'opinion allemande jugeait déjà que si elles n'étaient pas respectables, elles avaient pourtant des droits ; et dès le moyen-âge on voulut régler la prostitution (patrons de maisons publiques). L'entrée dans les bordels était en général volontaire, rarement forcée, mais les tenanciers ne devaient sur aucun point dépouiller leurs pensionnaires. Sur ce sujet, il existait des règlements très circonstanciés (Nürnberg). Elles avaient certains devoirs à remplir, et en échange, il leur était accordé certaines libertés. A Ulm celui qui les épousait faisait œuvre pie et recevait une dot de 12 gulden. Déjà on essayait de les tirer du bourbier. La crainte de la syphilis, nouvellement importée, eut un effet d'abord salutaire.

Un proverbe de cette époque disait : qui a un pied au bordel a l'autre à l'hôpital. Une partie des maisons de femmes fut transformée en Hôpitaux pour syphilitiques (maisons de Français). Mais par contre la prostitution clandestine s'accrut partout beaucoup, à la ville comme au village (1607). Au 18e siècle, on chercha à la réglementer (Vienne, Berlin), Marie-Thérèse édicta des peines très sévères (déportation, peines, espionnage). Malgré tout, on comptait 10.000 prostituées et l'impératrice ne put l'arrêter. Dès 1700, la prostitution était regardée comme un mal nécessaire qu'il ne fallait plus chercher qu'à limiter, sans pouvoir le détruire (Edit de 1791). La prostitution s'est modifiée dans sa forme suivant l'époque, mais elle a existé de tout temps en Allemagne. Elle est encore effrayante à l'heure qu'il est. Mais il faut espérer que les efforts actuels parviendront à l'endiguer, on ne saurait trop les encourager. J. M.

Enquête internationale sur les rapports qui unissent la prostitution et la tuberculose. (*Zeitschr. f. Bek. d. Geschl.*, Bd. V, H. 3, p. 115.) — Suivant Spillmann, la tuberculose se rencontre des plus fréquemment chez les prostituées, 40 % en sont atteintes. La tuberculose peut se propager par les formes contagieuses que l'on rencontre chez les prostituées (phtisie pulmonaire, laryngée, tuberculose des lèvres, des cavités buccales, surtout tuberculose génitale, cutanée. surtout les formes aiguës). Comme modes de contagion, il faut examiner : le crachat, le baiser, le coït *ab ore* ; l'infection des organes génitaux de l'homme par la tuberculose génitale de la femme. On prendra en considération les formes de contagion par cohabitation, séjour dans les maisons de correction ou asiles de travail. Constater la tuberculose chez les prostituées dès le début est d'un intérêt tout particulier, car l'alcoolisme les y prédispose d'une façon toute spéciale. L'internement dans un sanatorium est à désirer non seulement au point de vue purement physique, mais même moral ; dans beaucoup de cas, il a permis le retour à la vie sociale normale ; de plus le traitement des maladies vénériennes y est beaucoup plus aisé que dans les hôpitaux de vénériens, que les prostituées fuient dès qu'elles le peuvent. Il faudrait savoir de quelle facon l'infection tuberculeuse s'est produite dans les formes de tuberculose génitale chez les prostituées, la fréquence des tuberculoses uro-génitales masculines, leur origine, leur fréquence à la suite des relations sexuelles. L'enquête très minutieuse que proposent Spillmann et Neisser aurait une utilité incontestable. Il est à désirer que beaucoup de médecins y donnent tous les soins désirables. J. M.

La prostitution au Japon, d'après Boeck et Roux. (Résumé d'une analyse de la *Zeits. f. Bek. d. Geschl.* Bd. V, Heft, 3, p. 107.) — Aucune femme de mœurs légères n'oserait là-bas se fixer dans la ville proprement dite. Leur quartier se trouve au moins à une heure de chemin des habitations de gens honnêtes et personne ne peut y accéder involontairement. Une loi sévère différencie du reste, le costu-

me des femmes légères, de manière à lever tous les doutes. Les nœuds gigantesques que portent les femmes honnêtes par derrière doivent être portés par les autres, du côté opposé, c'est-à-dire par devant. De temps en temps ont lieu des processions publiques dans lesquelles les beautés en renom sont accompagnées d'un cortège de jeunes pages qui leur servent de gardes du corps dans des chars luxueux ornés de fleurs gigantesques On a dit, et les sentimentaux l'ont répété, que les novices de la galanterie (à Tokio seulement, dans 6 quartiers de femmes, 100 des maisons les plus nouvelles ont près de 2.000 habitantes) se recrutaient parmi les plus jolies filles de familles pauvres qui, par suite de malheurs, s'offraient d'aller pour quelque temps dans le yoschiwara (quartier de la prostitution) pour sauver leur famille et que ce martyre les absolvait de l'immoralité de leur conduite. Cette fable ne tient pas debout. Toute novice ne se prostitue que par sa propre volonté. Lorsque le père l'y force, il s'agit presque toujours de parents immoraux, ennemis du travail; indépendamment des enfants moralement abandonnés, la plupart vont là comme des agneaux à la boucherie. Le gain de la yujo revient par moitié au propriétaire et la prostituée ne peut se libérer de ses dettes, revenir à une vie normale, avec ce qui lui reste. Les maisons de prostitution (yoschiwaras) sont de vrais palais par l'élégance de leur construction ; à Tokio, elles sont construites aux frais de gros capitalistes, dont les noms ne sont pas divulgués. La propreté, le confort de ces établissements, ne rappellent par rien de choquant, le but de ces édifices ; des lanternes innombrables, rouge vif, répandent à profusion une lumière éblouissante ; les plate-bandes, avec fleurs magnifiques sont décorées de figures de cire de grandeur naturelle, mais nullement immorales, c'est un vrai régal des yeux. L'inconvénient du yoschiwara, c'est que les yujos ne sont cachées que derrière des treillages dorés. Bien pomponées, fardées avec le plus grand soin, elles se pavanent dans ces cages dorées, dès que la cloche du soir du temple bouddhique a retenti et elles se donnent rendez-vous par longues bandes, les plus jolies au milieu, avec leurs coffrets dorés et laqués contenant un peu de tabac, des briquets, la petite pipe et les deux tuyaux de bambou, l'un servant de cendrier, et l'autre rempli d'eau, servant de crachoir ; si quelqu'un s'approche alors d'une yujo pour causer avec elle, elle lui tend la pipe à travers le treillage, c'est dire qu'il peut rentrer chez elle, s'approcher des élus et il pratique alors une sorte de parodie matrimoniale. Si Boeck a décrit les usages et mœurs des prostituées japonaises dans leur pays, Roux a parlé des prostituées japonaises au Tonkin français ; il parle de leur mode d'existence dans les bordels, il étudie leur état d'âme, leur vie physique en état de santé et de maladie. Elles sont nombreuses dans tous les centres d'agglomération de l'Extrême-Orient. On entend souvent dire que loin de chez elles les prostituées japonaises ne se livrent à pareil commerce que pour se gagner une dot, revenir dans leur pays et devenir de bonnes ménagères. La vérité est un peu différente. La japonaise du Tonkin

provient d'une famille pauvre. Elle est devenue l'esclave de la tenancière du bordel, bien qu'elle soit avec elle par contrat, pour venir en aide à ses parents : elle a contracté une dette que son artificieux créancier a su lui rendre insolvable. Car il va de son intérêt qu'elle ne puisse s'acquitter, et sa vie n'y suffit pas, à moins qu'un ami généreux ne paye un jour ses dettes et lui rende sa liberté. D'autres fois, une famille pauvre de son voisinage a résolu d'adopter un de ses enfants ; si c'est une fille et si les parents adoptifs veulent en profiter, ils la louent dans une maison de thé. Enfin la crainte de la colère paternelle, les offres séduisantes et trompeuses des tenanciers font le reste. Ici comme ailleurs, la pauvreté est la base de la prostitution, mais elle a pour caractéristiques de ne dépendre que de deux choses ; le système d'adoption des enfants et la pitié filiale qui engage les filles à se livrer pour prix d'un prêt d'argent. C'est ainsi qu'arrivent ces recrues féminines sous la conduite de l'agent d'Haïphong où on les fait entrer dans la maison publique de la ville, où se trouve l'agent général de la prostitution japonaise du Tonkin. Les compatriotes acclimatées depuis longtemps ménagent aux nouvelles arrivées une réception enthousiaste. Puis commence la répartition de ce capital coûteux qu'on ne saurait laisser improductif. Les surveillantes qui occupent le deuxième rang dans la maison viennent prendre leurs pensionnaires et les emmènent à Hanoï, Yen-Bay, Lao-Kay et Mong-Tse. Cette répartition n'a rien de définitif ; si le climat du haut Tonkin ne leur convient pas, on les fait descendre dans des régions plus saines, tandis que d'autre part les filles contaminées d'Haïphong et Hanoï font parfois un voyage sur le cours supérieur du fleuve rouge pour échapper à la surveillance médicale de la ville et voir si le médecin de leur nouveau séjour est aussi sévère que son collègue du Delta. La prostitution japonaise est étroitement règlementée. Les filles sont tenues renfermées dans une maison située dans un quartier spécial. Elles sont surveillées par une vieille matrone qui intervient dans tous les cas de litiges et a toute la responsabilité administrative. Elle remplace et représente la tenancière du bordel d'Haïphong qui lui a confié ses gens sans doute contre leur volonté. Les jeunes filles lui obéissent sans jamais murmurer, et lui sont absolument soumises. Elle a du reste de la justice, mais son maintien est en général décent et elle ne se mêle jamais des clients. Elle s'occupe des affaires de la maison, des repas, de l'entretien des chambres, elle entoure ses protégées d'un milieu spécial pour leur faire croire qu'elles sont encore dans leur pays, leur papier à lettre, leurs livres, leurs vêtements, tout vient du Japon et leurs dettes s'élèvent d'autant plus qu'elles s'achètent des ceintures ou des robes plus voyantes. En-dehors de la visite médicale hebdomadaire, elles ne sortent presque pas à moins que le médecin ne trouve nécessaire de se les faire présenter plus souvent. Revêtues de leurs plus beaux atours, se berçant sur leurs » gitas » de bois, elles se rendent en commun au dispensaire où toutes, même les plus jeunes, se laissant examiner non seulement sans récriminer

mais en trouvant au contraire très naturel d'être protégées, puisque on protège la Société contre ces maladies dont elles connaissent parfaitement les redoutables conséquences. Elles doivent en moyenne 150 piastres à leur propriétaire, si un Européen veut payer les dettes la prostituée est libre ; elle se loue alors à son nouveau maître pour 30 piastres par mois et devient tenancière ; on peut avoir absolue confiance en elle. Ce n'est que comme cela qu'elle peut arriver à économiser quelque chose et revenir au pays. Leur âge varie de 14 à 30 ans ; mais la plupart en ont 18. La loi japonaise défend la prostitution réglementée au-dessous de 16 ans. Ces filles sont en général petites ; leur forme n'est pas belle. Le buste est long, mais la poitrine et le bassin sont mal proportionnés, les épaules sont fuyantes, la taille peu développée ; le bassin est,par contre,extrêmement large, les cuisses fortes et solides, les jambes courtes, parfois incurvées en dedans. Le squelette est court dans son ensemble et les parties avoisinant le système génital sont proéminentes ; les seins sont piriformes mais ne restent que peu de temps droits et fermes et ne tardent pas à dévier vers les creux axillaires, différant en cela de ceux des femmes annamites qui conservent la forme et la fermeté de la jeunesse jusque dans un âge avancé. La chevelure est assez fortement développée ; les poils sont souvent nombreux aux jambes et beaucoup plus épais au Mont de Vénus que chez les annamites. L'abondance de la chevelure réclame beaucoup de travail; souvent la japonaise dort sur un oreiller en forme de carreau pour ne pas défaire la coiffure qui lui a coûté tant de peine à édifier. Le nez est d'ordinaire un peu ensellé ; les yeux sont plutôt doux. Les petites lèvres dépassent un peu les grosses, le clitoris est bien développé, les caroncules myrtiformes bien visibles.La propreté génitale des Japonaises est à remarquer. L'anus est généralement normal, bien plissé sans hémorrhoides ; il n'est pas déformé par des pratiques contre nature. L'intelligence est éveillée. Elles savent d'ordinaire lire, écrire, coudre. Elles apprennent aisément le français ou l'annamite ; leur mémoire est bonne. On les croit froides comme le marbre, insensibles ; mais il faut bien songer que l'amour n'est pour elle qu'un métier auquel le besoin les condamne. Elle donne son corps mais ne prête pas son cœur. Si un protecteur vient à payer ses dettes et la délivrer de sa tenancière, il ne tardera pas à voir que cette orientale n'est pas insensible, qu'elle sait montrer sa joie, sa reconnaissance, son affection par des caresses et des baisers passionnés.Si son ami tombe malade, elle le soigne avec le plus grand dévouement. Dans les maisons publiques, elle n'ouvre son cœur que dans les longues missives qu'elle adresse à ses parents et dont elle attend les réponses avec anxiété. La Japonaise rit facilement; elle devient très vite méchante. Elle aime l'ordre et la propreté ; ce sont d'excellentes ménagères. Elles méprisent profondément l'annamite qu'elles regardent comme un peuple de boys et jamais on ne voit admettre dans un bordel de femmes japonaises d'hommes de l'Annam. La prostituée japonaise a plus de moralité que l'on en trouve chez ses

congénères des autres peuples; jamais on ne majorera dans un bordel le prix convenu ; si le médecin trouve une fille malade et lui fait garder la chambre, il peut être sûr que ses ordres ne seront pas enfreints en quoi que ce soit tant qu'il n'aura pas levé sa défense. Ces filles ont aussi le sentiment du patriotisme très développé. Qu'on ne s'avise pas de mal parler ou de plaisanter du Mikado dans un bordel japonais au Tonkin, il pourrait en cuire à l'imprudent. La guerre russo-japonaise les a transportées d'enthousiasme, elles étaient sûres de la victoire et ne comprenaient pas qu'on pût émettre un autre avis. Leur rôle comme espionnes paraît probable, au moins à Port-Arthur. Les maladies vénériennes sont fréquentes chez les prostituées japonaises : la gonorrhée (uréthrale, vésicale, utérine) est surtout très répandue, malgré tous les soins que prennent les femmes pour éviter la contagion. Le chancre mou et la syphilis, plus facilement évitables, sont beaucoup plus rares. Le chancre est la maladie des prostituées sales ; on la rencontre surtout chez les annamites, règlementées ou non. La syphilis est très rare. Dans le Haut-Tonkin, elles paient un lourd tribut aux fièvres paludéennes, qui finissent par les emporter, mais d'autres viennent les remplacer et il en sera de même tant que le Japon sera trop petit pour nourrir tous les habitants et tant que le peuple sera miséreux. J. M.

THÉRAPEUTIQUE, PRESCRIPTIONS ET FORMULES

Traitement des épithéliomes superficiels par l'électrolyse négative simple.

(Brocq)

L'auteur se défend de faire de cette méthode un procédé applicable à tous les épithéliomes cutanés : on l'utilisera pour faire disparaître les débuts minuscules de ces tumeurs ou pour combattre avec facilité les récidives se produisant dans des cicatrices d'épithéliome déjà traité.

L'électrolyse négative convient spécialement aux formes néoplasiques prenant l'aspect d'un papillome, quand, pour une raison ou pour une autre, la radiothérapie ne peut être utilisée. On commence par circonscrire la base de la tumeur par une série de piqûres distantes les unes des autres de 2 millimètres environ, et à une distance de 3 millimètres, des bords externes visibles de la tumeur. Puis on couvre de piqûres toute la zone circonscrite. Comme pansement, on fera 2 ou 3 fois par jour des attouchements avec l'alcool camphré. La croûte épaisse et noirâtre s'éliminera au bout de 2 à 3 semaines. Dès qu'une récidive semble devoir se manifester, on reprend le même traitement.

Lorsque le cancer de la peau débute au niveau d'un nævus pigmentaire ou verruqueux mou, l'électrolyse négative constitue le procédé de choix.

Pour les récidives après intervention, on ne se sert guère aujourd'hui que de radiothérapie ou de radiumthérapie ; cependant, l'électrolyse négative peut agir dans les cas où ces deux méthodes n'exercent que peu d'influence. (*Bull. méd.* 20 nov. 1907, et *Rev. de thér. méd. chir.*, p. 29 1908).

Préparation des solutions de protargol

Les solutions de protargol brunissent et se troublent rapidement

sous l'influence de l'air et de la couleur des flacons dans lesquels elles sont renfermées. Aussi ne serait-il pas mauvais de rappeler en le prescrivant le procédé de préparation conseillé par M. Brüning qui opère de la manière suivante :

On nettoie un ballon avec de l'acide nitrique dilué, puis avec l'eau ; on y verse l'eau qui doit servir à la solution, après l'avoir fait bouillir ; on la laisse refroidir et l'on dépose à sa surface le protargol ; on bouche le flacon, et la solution se fait d'elle-même. (*Presse méd. belge*, 12 janv. 1907).

Contre la métrite blennorhagique aiguë

(Pozzi).

Injections vaginales et intra-utérines antiseptiqués et légèrement caustiques.

Nitrate d'argent........	0 gr.05
Eau distillée bouillie....	30 —
ou :	
Chlorure de zinc........	1 gr.
Eau distillée	100 —

Contre la vaginite et l'uréthrite : injections au sublimé à 1 p. 2000.

Insufflations d'acide borique en poudre avec l'insufflateur.

Curetage suivi de cautérisation intra-utérine au chlorure de zinc concentré appliqué avec de l'ouate enroulée autour d'une porte-topique de Playfair. (*Arch. de Thérap.* 1er mars 1907.)

Mélanomes et radi othérapie

(Suquet).

L'auteur a eu dernièrement l'occasion de revoir une femme de 73 ans, guérie en 1906 par la radiothérapie, d'un carcinome mélanique ayant évolué sur un nœvus : la joue est redevenue normale, on ne trouve même plus le piqueté bleuâtre resté à la fin du traitement. Le nœvus pigmentaire lui-même a diminué de moitié depuis cette époque et son coloris est devenu gris pâle.

Deux nouveaux cas, concernant des lésions moins étendues, il est vrai, ont été traités dans ces derniers temps avec succès par l'auteur. Aujourd'hui, il fait absorber 5 H tous les huit jours au lieu de tous les quinze jours comme dans le premier cas ; cette modification a été introduite parce qu'on sait actuellement que les cellules néoplasiques supportent les fortes doses impunément ; en localisant à elles seules la radiation, par un localisateur de dimension inférieure à la lésion, on peut aller beaucoup plus vite au début ; plus tard, on espace de nouveau les séances en employant un localisateur plus grand.

En résumé, les fortes doses sont utiles car elles permettent d'atteindre aussi profondément que possible la partie médiane de la tumeur, centre d'extension ; il faut absolument éviter de léser les cellules saines environnantes.

La radiothérapie aura surtout des chances de guérison si on l'applique avant l'envahissement ganglionnaire (*L'Electricité méd.* oct. 1907, et *Rev. de Th. and. chir.*, 8 janv. 1908).

Un cas de nævus traité par le radium il y a plus de quatre ans

(De Beurmann).

L'auteur au nom de M. Zimmern, agrégé, lit une note sur ce sujet, répondant ainsi à deux questions qui ont été posées au congrès de médecine à l'occasion des malades porteurs de nævi et traités par le radium :

a. Les résultats sont-ils durables?

b. N'y a t-il pas consécutivement à l'application du radium de réaction défavorable, comme cela est arrivé quelquefois avec d'autres moyens thérapeutiques.

M. de Beurmann a engagé M. Zimmern à présenter un de ses malades porteur d'un nœvus très étendu de la face et traité par lui il y a plus de quatre ans, en juin 1903.

Cette malade n'a cependant été soumise à l'action des rayons de radium que sur un seul point, une surface de 2 centimètres de diamètre.

Le radium dont s'est servi M. Zimmern, lui avait été prêté par Curie, et l'auteur n'a pu en disposer que pendant un temps très court. Il s'agissait de bromure de radium d'activité 1.800.000.

Actuellement, la région traitée apparaît comme une tache de peau saine au milieu du tissu angiomateux. Ce n'est pas une cicatrice, mais

véritablement, comme l'a dit Wickam, un tissu de restitution.

Cette même malade a été traitée dans la suite par les rayons X, mais les résultats obtenus sont certainement moins brillants. (*Soc. des hôp.* 16, 17, 1907.)

Traitement abortif des furoncles

On peut badigeonner la surface du furoncle avec de l'acide phénique dilué, de la teinture d'iode, de la teinture de camphre,mais il faut que ces badigeonnages soient faits de très bonne heure. On s'est également servi de solutions de chloral. Darier a eu recours à des badigeonnages de teinture d'iode et des pulvérisations d'éther résorciné à 5 p. c. ; en cas d'échec par ces procédés, il emploie l'ignipuncture.

Gallois prétend réussir d'une façon constante à arrêter l'évolution d'une série de furoncles en procédant de la facon suivante :

Ordinairement, en cas de furonculose il existe un gros clou en évolution, et dans le voisinage de petits furoncles en germe. Avec une allumette entourée de ouate à une de ses extrémités,il dispose sur chacun des clous en préparation une goutte de solution d'iode dans l'acétone.

Iode métallique..........	2 gr.
Acétone..................	100 gr.

Quant au gros furoncle, s'il n'est pas ouvert, il badigeonne avec l'iodacétone ; s'il est ouvert, il n'y touche pas ; il ne l'incise jamais. Il prend ensuite une feuille d'ouate hydrophyle assez large pour recouvrir la région malade ; il la trempe dans l'eau bouillie, y verse abondamment de la glycérine à 1/10,l'applique sur la région malade et la couvre d'ouate ordinaire. Le pansement est renouvelé une fois par jour, deux fois si le furoncle donne beaucoup de pus.

Rapidement par ce traitement, la turgescence diminue et la peau revient à la normale. (*Presse méd. belge*, Ier décembre 1907.)

Bains sulfureux

Sulfure de calcium pulvérisé..................	400 gr.
Carbonate de soude desséché pulvérulent.....	500 gr.
Sulfate de soude desséché et pulvérisé...........	100 gr.
Essence de bergamote.....	10 gr.

Mélanger en mortier. Passer au tamis de crin et mettre 100 grammes par flacon (dose pour un bain).

Employer les flacons en verre jaune et à large ouverture de 90 c. m. c.

Un traitement du lupus

(LUTON).

Il s'agit de l'application, à un cas particulier, du traitement de la tuberculose par les sels de cuivre. L'emploi de cette méthode dans les manifestations externes de la tuberculose permet d'en constater *de visu* l'efficacité ; les ulcérations tuberculeuses et même le lupus, malgré ses allures spéciales et sa résistance relative au traitement,se prêtent facilement à l'expérimentation.

Pour éviter une réaction locale trop vive, le traitement doit être appliqué avec douceur : on recouvrira tous les jours les parties malades d'une pommade a l'acétate de cuivre au 100e et l'on suspendra son emploi chaque fois qu'il y aura menace d'irritation. Il est nécessaire, en outre, de faire précéder le pansement d'un lavage à l'eau oxygénée, qui décape les surfaces croûteuses, pénètre dans les anfractuosités et exerce même une certaine action sur les lésions tuberculeuses.

L'auteur n'a pas la prétention d'indiquer un traitement extraordinaire du lupus, puisque son application demande,comme celle des autres méthodes, une assez forte dose de patience. Mais il présente cependant des avantages qui ne sont pas à négliger ; d'une simplicité extrême, il peut s'adresser à toutes les formes de lupus, dont quelques unes ne sont pas justiciables de nouveaux procédés préconisés, et sans provoquer de douleur, ni occasionner de complications : il peut enfin être employé concurremment avec d'autres méthodes et venir en aide aux scarifications. (Communication au Congrès de l'Association pour l'av. des sciences, Reims.1907. *Anal*, in *Bull. Med.* 17 août 1907).

Le massage des plaies atones

(C. Schmidt)

L'auteur traite par le massage les plaies qui tardent à se cicatriser. Après nettoyage, au moyen d'alcool absolu, de la plaie elle-même et de son pourtour, il commence par des effleurages lents, avec les pouces, de la cicatrice entourant la perte de substance. Ces effleurages sont faits d'abord parallèlement aux bords de la plaie, et de façon à s'en rapprocher de plus en plus. Puis l'auteur procède au massage des bords eux-mêmes par des effleurages transversaux, se dirigeant alternativement de la périphérie vers la plaie et *vice-versa*, manœuvre qui vise à aplanir et à redresser les bords tuméfiés et recroquevillés en dedans de la solution de continuité, ainsi qu'à activer la circulation sanguine et lymphatique de ces parties. Ces effleurages transversaux sont répétés à des intervalles relativement prolongés ; chaque effleurage ne commence qu'au moment où la cicatrice, devenue pâle sous l'influence de l'effleurage précédent, se remplit de nouveau de sang. Il faut aussi avoir soin de masser le liseré épithélial de la plaie par des pressions rotatoires légères exercées avec le pouce. Chaque séance dure de cinq à dix minutes suivant l'étendue de la lésion. Le massage une fois terminé, on lave encore à l'alcool absolu et l'on panse à la vaseline boriquée.

En quelques séances, on obtient, de la sorte le dégonflement des bords infiltrés et on voit alors la cicatrisation progresser rapidement ; même s'il s'agit d'une plaie demeurée jusque-là rebelle à tous les moyens employés pour en enrayer le caractère atone. (*Munch. méd. Woch.*, et *Bull. médical* n° 24,1906.)

Un moyen de faciliter l'application des bandelettes de diachylon

(Kogan)

L'application de l'emplâtre diachylon, si fréquemment employé en petite chirurgie et en orthopédie, n'est pas facile, s'il n'adhère pas de suite à la peau. Le chauffe-t-on, on dépasse souvent la mesure, et alors on salit inutilement le malade en se salissant aussi les mains, ou même on occasionne des douleurs par brûlure. Pour obvier à tous ces inconvénients, sans gravité réelle, mais désagréables quand même et faisant perdre du temps au médecin, un confrère russe, M. Kogan a recours à un moyen aussi simple que pratique. Il verse un peu de benzine dans une assiette creuse, penche légèrement celle-ci de façon que la masse du liquide se rassemble à la partie déclive, pendant que le reste du fond de l'assiette en demeure simplement humide, et il passe, sur cette partie humide, les bandelettes de diachylon avant de les appliquer. Elles adhèrent alors aussitôt à la surface cutanée.

Pour enlever, sans la moindre sensation désagréable, un bandage de diachylon, on n'a qu'à passer, sur les bords des bandelettes, un tampon de coton imbibé de benzine. (*Vratchébnaya Gazeta*, 1907, n° 47 et *Bull med.* 4 janvier 1908.)

VARIÉTÉS

—

La culture des plantes à parfum.

Le docteur Dusserre, de l'Institut agronomique de Lausanne, a étudié l'action de la potasse sur les plantes herbacées, notamment sur celles qui sont cultivées en vue de l'extraction des parfums. Ses expériences l'ont amené à conclure que les sels de potasse agissent efficacement sur la croissance des plantes à parfum.

De son côté, le professeur Belle, de Nice, a constaté une action iden-

tique du même engrais sur les violettes et le géranium. Il préconise, pour la culture intensive de ces plantes, un composé de : potasse (3 parties), nitrate de soude (4 parties), superphosphate (6 parties). La suppression du superphosphate dans l'engrais a amené une diminution de 600 kilogrammes de violettes par hectare. (*Gaz. hebd. des Sc. médicales de Bordeaux*, 29 avril 1906.)

Sur la toxicité de quelques primevères.

Il y a quelques mois, nous avons déjà signalé plusieurs cas de maladies de peau provoquées par le contact de diverses primevères.

Nestler a fait à ce sujet quelques recherches qui précisent la cause des accidents et apportent quelques éclaircissements sur la nature du principe toxique.

L'affection débute, comme la brûlure d'ortie, par une rougeur de la peau avec démangeaisons. Puis on voit se développer de petites ampoules qui se réunissent ensuite en ampoules volumineuses pleines d'un sérum jaunâtre. La gravité des cas, la durée de la maladie, sont très variables ainsi que d'ailleurs la sensibilité individuelle. Certaines personnes sont réfractaires, d'autres présentent une fièvre intense accompagnant les manifestations dermiques.

La cause de la maladie réside dans la sécrétion de la cellule terminale de poils tricellulaires situés à la face inférieure des feuilles et sur les pétioles des fleurs et des feuilles.

Cette sécrétion évaporée cristallise en cristaux jaunes brillants qui paraissent jouer le rôle actif, car on a pu avec des cristaux isolés reproduire des dermites expérimentales. Ces cristaux sont volatils à la température ordinaire lorsqu'ils sont isolés à l'état pur ; inclus dans le liquide de sécrétion, ils sont stables, ce qui explique pourquoi les feuilles séchées à 100° sont encore actives.

Le produit urticant est insoluble dans l'eau et dans les acides minéraux dilués, mais soluble dans les autres dissolvants usuels. Dans ces conditions il faut donc en cas d'infection laver les parties atteintes à l'alcool ou à l'éther pour éliminer le poison.

Toutes les espèces de primevères ne sont pas urticantes : les *Primula officinalis* L., *floribunda* Wall., *auriculata*, L., *capitata* Hooker, ne sont pas toxiques. Les *Primula obconica* et *Pr. sinensis*, au contraire, ont causé des accidents. (*Pharmaceut. Zeitung*, et *Journal méd. de Bruxelles*, 1907).

Transmission de la fièvre récurrente par l'intermédiaire des poux.

Lors d'une endémie de fièvre récurrente, qui avait éclaté dans un pensionnat, on eut l'occasion de constater que la maladie s'était attaquée principalement aux pensionnaires qui avait des poux. Voire qu'on a pu déceler la présence des spirilles d'Obermeyer, dans l'estomac d'un certain nombre de ces intéressantes bestioles, capturées sur des malades

qui ont payé le tribut de cette endémie (MACKIE : *British medical Journal*, 1907, n° 2450 et *Rev. Int. de Clin. et de Thér.*, p. 139, 1908).

Contagiosité des gommes syphilitiques.

Le Dr Veiel, de Canstalt, vient de publier l'intéressante observation suivante :

Sept années avant son mariage, un homme de 30 ans avait contracté un chancre induré à la verge. Dans la suite il n'a présenté que des accidents secondaires bénins. Environ trois mois après son mariage, il s'aperçut de l'apparition d'un bouton, à l'endroit où il avait eu autrefois son chancre ; ce bouton se mit à suppurer. Or, après trois autres mois, la jeune épousée présentait des manifestations d'une syphilis récente. (*Archiv. für Dermatologie und Syphilis*, t. LXXXIV, fasc. 1 et *ibidem*.)

X. FRANCOTTE. **De quelques points de morale sexuelle dans ses relations avec la médecine.**

Les choses sexuelles ont toujours tenu une grande place dans les préoccupations humaines. Actuellement, elles sont plus que jamais à l'ordre du jour, témoin un Congrès spécial qui s'est tenu en Allemagne. L'auteur admet que la continence avant le mariage — à supposer même que celui-ci doive être reculé jusqu'à la trentaine — n'est nullement un état antiphysiologique ; elle peut être difficile, mais elle n'entraîne aucun désordre sérieux de la santé corporelle ; elle constitue la meilleure des prophylaxies contre les maladies vénériennes. La continence perpétuelle, telle que l'impose le sacerdoce catholique, n'est pas en contradiction avec la nature humaine.

Au point de vue médical, rien ne justifie, de la part du médecin, l'encouragement ou la tolérance à l'égard des aberrations génésiques, telles que la masturbation ou l homo-sexualité ! (*Soc. scientif. de Bruxelles*, 1907.)

Commerce des cheveux.

De statistiques officielles, il résulte que la France importe annuellement 170.000 kg. de cheveux dont 25.000 environ d'Italie ; 100.000 de Chine. L'industrie des faux cheveux ne prospèrerait pas de notre temps si les nattes des Chinois ne venait remplacer la production européenne qui diminue de jour en jour en raison de la répugnance qu'éprouvent les paysannes à se défaire de leurs chignons. Les milliers de kilogrammes de cheveux dont on fait commerce ne sont pas tous coupés sur des têtes de paysannes, car elles ne fournissent que 1/5 de la production totale ; le reste est fourni par des démêlures auxquelles la science du chimiste et l'art du coiffeur font subir un traitement convenable. (*La Nature*, 3 août 1907, n° 1784.)

Infection syphilitique malgré l'emploi prophylactique de la pommade au calomel.

Sous ce titre, le *Journal de Méd. et de Chir. pratiques* associe deux articles très intéressants parus l'un sous la signature de M. Butte dans le *Bulletin médical*, l'autre sous celle de M. Carle dans le *Lyon médical*. Il rappelle que bien que la méthode prophylactique par les frictions à la pommade au calomel préconisée par M. Metchnikoff ait paru donner de bons résultats, ces effets ne sont pas toujours si certains qu'il faille s'y fier d'une façon absolue. M. le Dr Butte vient de publier, en effet, dans le *Bulletin médical*, deux faits très probants dans lesquels malgré l'emploi d'une pommade au tiers bien faite suivant la formule (10 gr. de calomel pour 20 grammes de lanoline), malgré les frictions faites immédiatement après le coït et renouvelées une heure après, chaque fois pendant dix minutes, le chancre syphilitique est survenu à l'époque régulière.

Les cas de ce genre ne sont pas rares, et sans vouloir discréditer la méthode, qui peut rendre des services, il faut que le public sache bien qu'elle ne met pas à coup sûr à l'abri de la contagion. La pommade mercurielle n'est pas plus infaillible que le condom.

M. Butte insiste surtout sur ces faits en raison des mesures qui ont été prises récemment dans l'armée et qui semblent consacrer la valeur prophylactique de la pommade au calomel. « Je crains, dit M. Butte, qu'une circulaire du sous-secrétaire d'Etat à la guerre — dont il a été beaucoup question dans la presse — et qui se propose d'établir la prophylaxie de la syphilis dans l'armée, n'ait pour effet de donner au troupier pendant son temps de service, et plus tard, quand il sera rentré dans ses foyers, une confiance trompeuse et de diminuer chez lui la crainte de la vérole, qui était jusqu'ici une des meilleures barrières opposées à son extension ?

Lorsque le médecin-major lui aura appris — je cite la circulaire — « *qu'il est possible d'empêcher le développement d'un chancre syphilitique au moyen d'onctions faites avec une pommade au calomel, sur les points du revêtement cutané ou muqueux qui ont été exposés à la contamination* et lorsqu'il aura vu, ce qui ne peut manquer d'arriver, qu'après les frictions faites *secundum artem* par l'infirmier de garde sur le gland et le prépuce un grand nombre de ses camarades restent indemnes d'accidents, il pourra penser qu'il est en possession d'une méthode infaillible et il n'hésitera plus autant à courir des risques qu'il considérera comme très atténués ou même nuls.

J'estime donc qu'il faut réagir (1) et ne pas hésiter à publier les observations analogues à celles que je rapporte. Et ma conclusion sera celle-ci :

(1) On ne saurait trop en effet réagir contre les boniments de tout ordre qui transforment en moyens infaillibles des remèdes qui n'en sont pas, comme le simple bon sens l'indique et auxquels les voix les plus officielles ne sauraient ajouter la plus légère vertu curative. (N. D. L. R.)

L'emploi de la pommade au calomel au tiers peut être conseillé au même titre que les autres préservatifs, mais il ne faut pas en faire une méthode prophylactique exclusive.

D'autre part, dans le *Lyon médical* (n° 6), M. le Dr Carle critique de son côté avec beaucoup d'humour et la théorie d'après laquelle la pommade au calomel constituerait une garantie certaine, et la circulaire Chéron, qui est de nature à inspirer aux troupiers une fausse sécurité. Il cite plusieurs cas dans lesquels la pommade (même dans un cas laissée à demeure toute une nuit) n'a servi à rien. Quant à la circulaire, « il est entendu que l'idée directrice en est excellente et les termes bien mesurés. Il est exact que « la moralité des individus n'a jamais rien gagné à l'ignorance et à la dissimulation ». Aussi ne peut-on qu'applaudir à l'idée de conférences faites par les médecins militaires sur les maladies vénériennes, leurs dangers, leur traitement.

Mais dès qu'on aborde la prophylaxie individuelle, la question devient autrement épineuse, et ceci pour deux raisons. D'abord, n'oublions pas que ces conseils s'adressent à une masse jeune, d'esprit simpliste, en majorité ignorante, et d'autant plus portée à l'exagération qu'elle verra surtout dans ce luxe de précautions une facilité plus grande à la satisfaction des instincts génitaux. A ce point de vue, le ton de la circulaire est trop affirmatif, car il semble impliquer une certitude qui, en réalité, n'existe pas. En sorte que ces judicieux conseils, émis avec d'excellentes intentions, peuvent être considérés par des esprits chagrins comme d'incontestables encouragements à la débauche.

Encore n'y aurait-il que demi-mal si les précautions recommandées étaient suffisantes. Or, on ne saurait trop répéter *qu'elles ne le sont pas*. En matière aussi délicate, il eût été bon de se renseigner longuement, d'étudier la question, de connaître les opinions les plus diverses, sans mépriser celles des vieux maîtres, particulièrement qualifiés pour cela. Il n'en fut rien.

Eblouis par les récentes révélations, les auteurs de la circulaire ont négligé toute autre clarté et se sont contentés du rôle ingrat de copistes des communications de M. Metchnikoff. Ce qui est fort regrettable, car un peu de bibliographie leur eût appris qu'à côté des précautions post-coïtales, il y a aussi des précautions prœ-coïtales, et que les secondes ont au moins autant d'importance que les premières, sinon plus ; ils eussent encore appris cette modeste vérité qu'à la suite d'un coït un savonnage est de rigueur ; et que jusqu'ici le savon de Marseille a sauvé da la vérole plus de gens que n'en fera peut-être jamais la pommade au calomel. De cette façon, ils auraient fait quelque chose d'a-peu près complet, et c'eût été au moins une excuse pour l'affichage de la circulaire..... »

Et après d'autres conseils prophylactiques dans lesquels le modeste « condom » joue le rôle principal, M. Carle termine ainsi son article :

En ceci se bornent les préceptes suggérés par l'expérience et la raison, faillibles et bornés comme tout concept humain, mais suffisants pour qui sait les utiliser. Aux délicats que rien ne saurait satisfaire, aux

timorés qui n'oseraient, conseillons la chasteté, mère de toute quiétude, et que Ricord préconisait comme la seule prophylaxie rationnelle. « La femme est plus amère que la mort, dit l'Ecclésiaste (Chap. VII, verset 27), elle est le filet des chasseurs, son cœur est un rets, ses mains sont des chaînes, et le pécheur s'y trouvera pris... ». Pensée d'une haute portée philosophique, longuement commentée dans cette partie de la Bible, ainsi que dans la précédente (Proverbes, Chap. VII). Je ne saurais trop recommander cette saine et réconfortante lecture à ceux que hantent les pensées frivoles, certain qu'ils y trouveront la tranquillité de l'âme et l'apaisement de leurs mauvais désirs.

ROUSSEL. **Les teignes à l'hôpital civil de Brest depuis huit ans.**

Dans le Finistère, la teigne est généralement méconnue et confondue avec les autres affections du cuir chevelu sous le nom générique de « toque de la tête ». Sa prophylaxie est donc importante à y établir ; aucun contrôle scientifique n'existant, on conçoit que les chances de contamination et de dissémination soient des plus grandes. La création d'un service des teigneux s'impose donc à l'hôpital civil de Brest. Ce service comprendrait les modes de traitement les plus récents (radiothérapie). Les écoles devraient être soumises à une surveillance scientifique rigoureuse, les cas suspects étant dirigés de suite sur l'hôpital civil pour que le diagnostic y soit rigoureusement établi. Les charlatans sont un puissant moyen de dissémination des teignes en appliquant la calotte à tous les enfants qu'on leur amène, quelle que soit l'affection du cuir chevelu dont ils sont atteints. Cette vieille pratique devrait être, sinon prohibée, au moins surveillée des plus sérieusement.

L'auteur termine en étudiant la prophylaxie dans les villes, à l'école, dans la famille, d'après les avis de Sabouraud. (*Thèse de Bordeaux*.).

J. M.

EGAS : **La framboesia tropicale ou boubas. Est-elle une maladie autonome et protopathique ou est-ce la syphilis européenne modifiée par les facteurs spéciaux mésologiques ?**

Le pian, framboesia ou Javos, appelé au Brésil *Boubas* est très fréquent dans la zone tropicale de ce pays. L'agent pathogène est représenté par un spirillum décrit par le Dr Castellani, de Colombo, et très proche du tréponéma pallidum de Schaudinn. Le diagnostic différentiel entre cette maladie et la syphilis était un problème difficile à résoudre à cause des manifestations parfois très ressemblantes entre les deux affections.

Au point de vue clinique, la bouba simule la syphilis dans ses formes tertiaires, les deux maladies sont également infectieuses et inoculables, chroniques et contagieuses.

Cependant la bouba ne paraît pas être d'origine vénérienne et certains auteurs croient que les moustiques sont les agents de la propagation. La bouba semble acquise et non héréditaire. Il y a l'hérédo-sy-

philis, mais non l'hérédo-bouba, car elle est plus contagieuse que la syphilis même.

Son incubation est de douze à vingt jours, la porte d'entrée est toujours le *chancre boubatique* localisé à la région sous-diaphragmatique, les jambes ou les pieds. Il ressemble à un furoncle dur, couronné d'une croûte au-dessous de laquelle se développe une ulcération tenace avec bourgeons exubérants qui lui donnent l'aspect d'une figue ouverte. Au bout de deux semaines ses éléments végétants rétrocèdent spontanément laissant une tache achromique, parfois gauffrée.

La *période secondaire* qui lui succède est caractérisée par un malaise, de la céphalée, douleurs rhumatoïdes, frissons, fièvre (38 à 40°), troubles gastro-intestinaux; elle prend l'aspect d'un pseudo-rhumatisme infectieux. Bientôt l'éruption boubatique se déclare, précédée d'une desquamation furfuracée avec prurit qui ne s'observe pas dans la syphilis. Les boutons boubatiques se montrent formés par une petite élévation conique, indolente, cerclée à sa base par une zone érythémateuse surmontée d'un petit foyer jaunâtre difficile à arracher et constitué par une matière caséeuse et non purulente.

Ces boutons grossissent, forment des ulcérations ou des éminences ficoïdes hérissées de végétations molles, saignant facilement et d'une grande indolence ; quinze ou vingt jours après, les boutons disparaissent laissant une cicatrice achromique ou pigmentée qui ressemble à une tache de vitiligo.

Les lésions anatomiques de boubas sont des papillomes avec kératinisation très accentuée et hypertrophie des glandes ; il y a allongement énorme des papilles avec dilatation extraordinaire des vaisseaux sanguins et des lymphatiques et polynucléose sans dégénérescence cellulaire.

Expérimentalement, Poulet et Charlouis ont démontré l'inoculabilité de boubas à l'homme, et ce dernier a inoculé la syphilis à un malade atteint déjà de boubas. Powell dit avoir vu des syphilitiques contracter la bouba ; Neisser, Baermann, Halbstadter, Castellani ont transmis la bouba de l'homme au macaque, de macaque à macaque et ont pu inoculer la syphilis et la bouba aux mêmes animaux.

Au point de vue bactériologique, les agents pathogènes de ces deux maladies sont presque identiques; Blanchard a pu les différencier *zoologiquement*. Le spirochète boubatique a un corps excessivement mince, aplati avec un ectoplasme sous forme d'une membrane ondulante qui enveloppe le corps en spirale et il n'est pas flagellé.

Le tréponéma pallidum de Schaudinn a un corps cylindrique sans membrane ondulante et un flagellum à chaque extrémité.

Donc la bouba est une spirochetose et la syphilis une tréponemose.

Le spirochœta et le treponema pallidum constituent deux genres voisins appartenant aux protozoaires, classe du trypanosomidios de Dofflein. (*Moniz-Brazil medico*, décembre 1907 et *Médecine scientifique*, p. 20, 1908.)

Inoculation de la syphilis par le massage.

Il ne paraît pas que, jusqu'à ce jour, on ait signalé des cas d'inoculation syphilitique par le massage. Il est donc utile de rapporter ici le fait sur lequel M. Taylor a appelé l'attention :

Un homme de trente-huit ans, à système pileux très développé, avait, assez souvent une éruption lichénoïde. Il consulta M. Taylor, pour une de ses poussées siégeant plus particulièrement au mollet droit. Celui ci lui prescrivit une pommade à l'oxyde de zinc et au camphre, mais les lésions augmentèrent et, après une douzaine de jours, elles avaient revêtu tous les caractères du chancre syphilitique. Quinze jours après, huit autres papules analogues aux premières apparurent au niveau du deltoïde gauche et, onze jours après, tout le corps était recouvert de syphilides secondaires. Il y avait, en même temps, une fièvre modérée, de l'hyperémie pharyngée et un commencement d'alopécie.

Cependant cet homme déclarait que, depuis plusieurs mois, il n'avait pas eu de rapports sexuels et il accusait, comme cause de sa syphilis, le massage qu'on lui faisait deux fois par semaine. M. Taylor fit une enquête, qui établit que le masseur avait une syphilis récente ayant déterminé des lésions bucco-pharyngées et que, salivant abondamment, il essuyait sa bouche avec ses doigts ou avec le revers de la main.

L'observation de ce malade est intéressante à plusieurs points de vue : la multiplicité des chancres (17 en tout) leur développement successif, le caractère papuleux des lésions syphilitiques et, enfin, le mode de contagion. (*Med. Record*, 12 octobre 1907.)

La pomme de terre et la lèpre.

Le comte Honoré d'Espagnac, — a conté quelque part Elie Berthet, — parlait fréquemment d'un dîner que son père, devenu gouverneur des Invalides avait donné à un grand nombre de célébrités de l'époque. Ce dîner se composait uniquement de pommes de terre, arrangées de mille manières différentes, et avait pour but de vulgariser en France l'usage de cet excellent tubercule, contre lequel existaient de ridicules préventions.

Bien que la pomme de terre fût connue depuis plusieurs années déjà, on prétendait qu'elle engendrait la lèpre et qu'elle devait seulement servir à la nourriture des bestiaux.

Parmentier (1), alors pharmacien en chef à l'hôtel des Invalides lut-

(1) On attribue le plus généralement à Parmentier (né en 1737) sinon l'introduction au moins la vulgarisation de l'usage des pommes de terre en France, or, d'après une lettre publiée par notre érudit confrère le Dr Drivon, dans le *Lyon médical* (5 mai 1907), il semble avéré que déjà en 1742, elles étaient communes à Lyon, puisqu'on en nourrissait les pauvres. D'ailleurs, d'après le livre de raison de maître Isaac Bourbon (*Livre de raison d'un bourgeois d'Annonay*), elles étaient de vente journalière sur le marché d'Annonay dès 1694.

tait avec ardeur contre cet absurde préjugé. Il avait été plusieurs fois prisonnier dans le Hanovre, et pendant sa captivité il s'était nourri à peu près exclusivement de pommes de terre.

Il savait donc par sa propre expérience combien l'opinion populaire en France était mal fondée ; ce fut à son instigation que le gouverneur donna ce dîner ou tout, depuis le potage jusqu'au dessert, consistait en pommes de terre et en produits de la pomme de terre.

Un prince du sang, des ambassadeurs étrangers, des ministres, la plupart des savants alors renommés, y assistèrent, ainsi que Parmentier lui-même. Mais de tous ces illustres invités, celui qui frappa le plus le fils du gouverneur des Invalides fut Benjamin Franklin, qui se trouvait à Paris, et qui, avec sa grande figure froide, ses cheveux non poudrés, son habit brun sans boutons et son vaste chapeau de quaker, présentait, en effet, une personnalité remarquable. Le grand homme américain parut apprécier beaucoup la cuisine à la pomme de terre et tous les autres convives furent sans doute de cet avis car, à partir de ce jour, l'ancienne prévention disparut rapidement (1).

(*Chron. méd.*, 15 mars 1908 n° 6.)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Eczéma

BERNHEIM-KARRER. — Beitrag zur Kenntnis der Ekzemtodesfälle. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LXII, 6, 1905.)

BOULLOCHE et H. GRENET. — Un cas de collapsus grave au cours de l'eczéma chez un nourrisson. (*Gaz. des Hôp.*, n° 72, 26 juin 1906.)

DUBREUILH. — De l'eczéma des lèvres causé par les dentifrices. (*Journ. de Méd. Bordeaux*, n° 52, 29 déc. 1907.)

FISCHEL. — Streifen eigentümlichen ekzemähnlichen Ausschlags. (Berl. derm. Gesselsch., 8 mai 1906; in : *Monatsh. f. prakt. Derm.*, B. 42, n° 11, 1er juin 1906.)

GALEWSKI. — Sur les eczémas des lèvres par les eaux dentifrices. (*Munch. med. Woch.*, n° 28, 10 juill. 1906.)

HUDELOT. — Accidents généraux de l'eczéma, en particulier chez le nourrisson. (*ThèseParis*, 1906.)

LASSAR. — Vaccine généralisée et eczéma. (Soc. de méd. Berlin, 11 juill. 1906 ; in : *Sem. méd.*, n° 30, 25 juill. 1906.)

MONCORGÉ. — L'eczéma humide au Mont-Dore. (*Rev. méd. du Mont-Dore*, n° 2, mai 1906.)

B. F. OCHS. — Eczéma and syphilis of the palms and the soles. (Manhat. derm. Soc., jan. 1907 ; in : *Journ. of cut. dis.*, july 1907.)

POND. — Infantile eczéma. (*Hahnem, Monthly*, june 1906, n° 6.)

(1) Chez Elie Berthet, *Histoire des uns et des autres*, p. 267 et suivantes.

SABOURAUD. — Les poudres dentifrices et l'eczéma artificiel du bord des lèvres. (*La Clinique*, nº 23, 8 juin 1906.)

SCHAMBERG. — Generalized eczema with enlarged inguinal glands. (Philad. derm. Soc., march, 20, 1906 ; in : *Journ. of cut. dis.*, july 1906.)

SCHAMBERG. — Generalized eczema. (Philad. derm. Soc., oct. 15, 1907 ; in : *Journ. of cut. dis.*, déc. 1907.)

VARIOT. — L'eczéma des nourrissons. (*Journ. des Prat.*, nº 16, 21 avril 1906.)

VARIOT. — Sur l'eczéma des nourrissons. (*Gaz. des Hôp.*, 14 et 17 juill. 1906.)

G. VARIOT et P. BARLERIN. — Eruption vaccinale sur un eczéma du visage chez un nourrisson de dix mois sans aucune apparence de pustules aux points d'inoculation. (*Ann. de Méd. et Chir. inf.*, nº 21, 1 nov. 1907.)

Érythèmes desquamatifs

P. BACHMANN et E. DE BIL. — Quelques cas de desquamation tardive observés au cours d'une épidémie de scarlatine. (*Echo méd. du Nord.*, nº 47, 20 nov. 1904.)

BEARD et BARLOW. — Cases of erythema scarlatiniforme sent into hospital as scarlet fever. (*Lancet*, 31 mars 1906.)

P. K. BROWN. — A report of two cases of erythema multiforme desquamativum, one of them complicated by a purpuric eruption, with the discussion of the underlying constitutional conditions. (Amer. journ. of Derm., nº 2, febr. 1906 ; in : *Boston med. a. surg. Journ.*, vol. CLIV, nº 5, 1 febr. 1906.)

CLÉJAT. — Erythème scarlatiniforme desquamatif récidivant. (Soc. d'Anat. et de Phys. de Bordeaux, 6 mars 1905 ; in : *Journ. de méd. de Bordeaux*, nº 20, 14 mai 1905.)

J. DARIER. — Erythrodermie exfoliante généralisée. (*Bull. Soc. franç. de Derm. et Syph.*, nº 8, nov. 1904.)

DUBREUILH. — Desquamation estivale en aires des mains. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, nº 7, juill. 1904.)

DUBREUILH. — Erythrodermies exfoliantes secondaires. (Soc. de Méd. et de Chir. de Bordeaux, 26 mai 1905 ; in : *Journ. de méd. de Bordeaux*, nº 23, 4 juin 1905.)

HEDINGER. — Ueber den Zusammenhang der Dermatitis exfoliativa neonatorum mit dem Pemphigus acutus neonatorum. (*Arch. f. D. u. S.*, LXXX, B, 3 H., juli 1906.)

E. HOFFMANN. — Ueber einen aufserst charakteristischen Fall von Erythema scarlatiniforme recidivans bei Alibert. (*Monatsh. f. prakt. Derm.*, B. 40, nº 7, 1 apr. 1905.)

LEURET. — Gant épidermique détaché de la main d'un enfant. (Soc. de Gyn. et d'Obst. Bordeaux, 23 janv. 1906 ; in : *Gaz. hebd. Sc. méd. Bordeaux*, nº 5, 4 févr. 1906.)

RASCH. — Erythrodermia exfoliativa universalis congenita familiaris. *Derm. Zeit.*, déc. 1901, H. 6.).

STOUT. — Erythema scarlatinoides. (Philad. derm. Soc., march 20, 1906 ; in : *Journ. of cut. dis.*, july 1906.)

VYSIN. — Erythema scarlatiniforme desquamativum recidivans. (*Casopis lékaru Ceskych.*, 17 févr. 1906.)

WECHSELMANN. — Erythrodermia exfoliativa universalis. (Berl. derm. Gesellsch., 12 Dez. 1905 ; in : *Arch. f. D. u. S.*, LXXIX, B. 1 H. März, 1906 ; u. *Derm. Zeits.*, B. XIII, H. 3, März 1906.)

Érythèmes — Varia

AUDRY et COMBÉLÉRAN. — Erythrodermie pustuleuse prémycosique terminée par la mort avant l'apparition des tumeurs. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, 5 avr. 1906.)

AVIRAGNET et APERT. — Deux épidémies de rubéole. (Soc. de Pédiatrie, 20 févr. 1906 ; in : *Bull. méd.*, n° 16, 24 févr. 1906.)

BING. — Les taches de Koplik, leur importance pour le diagnostic et la prophylaxie de la rougeole. (*Thèse de Paris*, 1905.)

L. CHEINISSE. — Une cinquième maladie éruptive : le mégalérythème épidémique. (*Sem. méd.*, n° 18, 3 mai 1905.)

CLARK. — Erythema multiforme papulation. (N. Y. Acad. of med., Apr. 2 2, 1907 ; in : *Journ. of cut. dis.*, july 1907.)

CLARK. — Erythema multiforme, involving the buccal and rectal mucous membrane. (N. Y. Acad. Med., may 7, 1907 ; in : *Journ. of cut. dis.*, Aug. 1907.)

COUÉNON. — L'exanthème de la rougeole. (*Thèse de Paris*, 1906.)

DELÉARDE. — Sur un cas d'érythème récidivant. (*Echo méd. du Nord*, n° 14, 8 avr. 1906.)

DETOT. — Les érythèmes infectieux, en particulier les érythèmes métadiphtériques et les érythèmes primitifs. (*Thèse deParis*, Baillière, 1905.)

DUBREUILH. — Eruption due au rhus toxicodendron. (Soc. de Méd. et de Chir. de Bordeaux, 9 juin 1905 : in : *Journ. de Méd. de Bordeaux*, n° 24, 11 juin 1905.)

DUREAU. — Rubéole et « scarlatinéole ». (*Thèse de Paris*, 1906, Impr. de la Fac. de Méd., Paris 1906.)

EHRMANN (S.). — Die toxischen und autotoxischen Dermatosen. (*Klin. ther. Woch.*, 1903, n° 1.)

GALLOWAY. — Persistent macular scaly erythrodermia. (Derm. Soc. London, march 14 th. 1906 ; in : *Brit. Journ. of Derm.*, n° 4, Apr. 1906.)

GAUCHER et BOISSEAU. — Erythème polymorphe circiné purpurique. (*Bull. Soc. fr. D.*, n° 2, févr. 1906.)

GRAHAM LITTLE. — Follicular eruption. (Derm. Soc. of Gr. Brit. a. Irel., nov. 22 nd. 1905 ; in : *Brit. Journ. of Derm.*, n° 1, jan. 1906.)

GRAHAM LITTLE. — Erythema keratodes. (Derm. Soc. of London, may 9 th. 1906 ; in : *Brit. Journ. of Derm.*, n° 6, June 1906.)

LEONARDI. — A propos d'une épidémie de rougeole. (*Gazz. d. osped. e. d. clin.*, n° 15, 4 févr. 1906.)

LESNÉ. — Les taches de Koplik, leur importance pour le diagnostic et la prophylaxie de la rougeole. (*Clinique*, n° 7, 16 févr. 1906.)

MANNERS-SMITH. — Ulerythema. (Derm. Soc. G. B. a. Irel., febr. 28 th. 1906 ; in : *Brit. Journ. of Derm.*, n° 4, Apr. 1906.)

MOUSSOUS. — Le mégalérythème épidémique ; quelques cas observés à Bordeaux. (*Gaz. hebd. des. sc. méd. de Bordeaux*, 10 déc. 1905.)

MOUSSOUS. — Quelques cas de mégalérythème épidémique. (*Arch. de méd. des Enf.*, févr. 1906.)

OBERNDORFER. — Erythema indurata. (Manhat. derm. Soc., March 1, 1907 in : *Journ. of cut. dis.*, aug. 1907.)

J. ODERY SYMES. — Arthritis and erythema nodosum. (*Brit. med. Journ.*, July 27, 1907.)

W. OSLER. — On the visceral complications of the erythema group of skin diseases. (*Amer. Journ. of the med. sciences*, Jan. 1904.)

PEDRAZZINI. — Erythème dû au micrococcus tétragène et simulant l'érythromélalgie. (*Gazz. d. osped.*, n° 48, 22 avr. 1906.)

L. PERRIN. — Erythème induré. Maladie de Bazin. (Com. méd. d. Bouches-du-Rhône, 19 janv. 1906 ; in : *Marseille méd.*, n° 5, 1 mars 1906.)

L. PERRIN et BORREIL. — Erythème induré des jeunes filles. Maladie de Bazin. (Com. méd. d. Bouches-du-Rhône, 19 janv. 1906 ; in : *Marseille méd.*, n° 5, 1 mars 1906.)

R. ROMME. — Les dermatites d'origine florale. (*Presse méd.*, n° 98, 7 déc. 1904.)

SACQUÉPÉE et LOISELEUR. — Infections sanguines au cours des érythèmes infectieux primitifs : érythèmes streptococcique, entéro-coccique, tétragénique. (*Bul. Soc. méd. Hôp.*, n° 9, 15 mars 1906.)

UMBERT. — Un caso de eritromelia. (*Rev. esp. de D. y S.*, n. 90, junio 1906.)

WECHSELMANN. — Erythrodermie bei Pseudoleukämie. (Berlin derm. Gesellsch., 12 juni 1906 ; in : *Monatsh. f. prakt. Derm.*, B. 43, N. 1, 1 Juli 1906.)

WENDE. — Erythema perstans, with report of two cases involving circinate lesions. (*Journ. of cut. dis.*, June 1906.)

WHITFIELD. — Persistent erythema. (Derm. Soc. of London, June 13 th. 1906 ; in : *Brit. Journ. of Derm.*, July 1906.)

Éruptions médicamenteuses

L. BOWMAN. — Dermatitis medicamentosa. (Manhat. derm. Soc., Jan. 1907 in : *Journ. of cut. dis.*, July 1907.)

HALLOPEAU et MACÉ DE LÉPINAY. — Sur un nouveau cas d'iodisme végétant. (*Bull. Soc. fr. D. et S.*, n° 6, juin 1906.)

MOTY. — Eruption iodique retardée. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 5, mai 1906.)

ROSENTHAL. — Ueber Resorcin dermatitis. (Berlin. derm. Gesellsch, 13 Febr. 1906 ; in : *Derm. Zeitschr.*, B. XIII, H. 7, Juli 1906.)

Albert SCHUTZE. — Zur Kenntnis des Jododerma tuberosum fungoïdes. (*Arch. f. D. u. S.*, B. I, H. 2, März 1904.)

Radiodermites

De Beurmann et Gougerot. — Evolution de la radiodermite chronique. (*Bul. Soc. franç. de Derm.*, déc. 1905.)

Dubois-Havenith. — Radiodermite grave survenue après deux applications de vingt minutes, à deux jours d'intervalle. (Soc. méd. chir. de Brab., 25 oct. 1904 ; in : *Presse méd. belge*, n° 48, 27 nov. 1904.)

Dubois-Havenith. — Radiodermite ulcéreuse. (*Bull. Soc. belge Derm.*, 5e année, n° 2, 12 mars 1905.)

Gastou et Decrossas. — Adénopathie néoplasique régionale provoquée par le traitement radiothérapique. (*Bull. Soc. fr. d. et S.*, n° 3, mars 1906.)

Gastou et Martin.— Deux cas de radiodermite; influence de la source électrique alimentant la bobine sur l'absorption des rayons X et leur action thérapeutique. (*Bul. Soc. fran. d. Derm. et Syph.*, n° 8, nov. 1904.)

Gaucher. — Sur les radiodermites. (*Bull. Soc. fr. Derm.*, janv. 1906.)

J. Hall.-Edwards. — On chronic X. Rays Dermatitis. (72nd Ann. meet. Brit med. Ass. ; in : *Brit. med. Journ.*, Oct. 15, 1904.)

Jeanselme et Fouchon. — Radiodermite professionnelle. (*Bull. Soc. fr. Derm.*, n° 9, déc. 1905.)

Morrow. — X-ray burn. (New-York derm. Soc., 337 th. M., Nov. 28, 1905; in : *Journ. of cut. dis.*, Febr. 1906.)

Oudin. — A propos des généralisations provoquées par la radiothérapie. (*Bull. Soc. fr. D. et S.*, 15 mars 1906.)

L. E. Schmidt. — Case of X-Ray burn. (Chic. derm. Soc., Febr. 22, 1907 ; in : *Journ. of cut. dis.*, Aug. 1907.)

Pellagre

A. Buylla y Alegre. — La pelagra en Asturias. Boceto monografico. (*Rev. esp. Derm.*, T. VII, n° 81, sept. 1905.)

Cristoforetti et Merk. — Pellagra in frühester Kindheit, gleichzeitig ein Beitrag zur Kenntnis von der Entwicklungsdauer der Pellagra. (*Wien. klin. Woch.*, 19 Avr. 1906.)

Merk. — La pellagre dans le jeune âge. (*Wiener klin. Wochenschr.*, n° 16, 19 avr. 1906.)

Sambon. — Remarks on the geographical distribution and etiology of pellagra. (*Brit. med. Journ.*, 11 Nov. 1905.)

Sturli. — Ueber die Aetiologie der Pellagra. (*Verh. d. Ges. Dtschr. Naturf. u. Aerzte*, 77, Vers. Meran, 1905, Teil. 1, Leipzig, 1906, S. 269-283.)

Triller. — La Pellagre. (*Thèse de Paris*, 1906.)

Weyl. — Sur la pellagre. (Soc. de méd. berlinoise, 14 févr. 1906 ; in : *Presse méd.*, n° 18, 3 mars 1906.)

Affections des glandes sudoripares

G. Amente. — Un caso di hyperidrosis generale. (*Gazz. degli Ospedali*, 1902, S. 734-736.)

BLANCHARD. — Un cas de chromidrose. (Acad. de Méd., 17 déc. 1907 ; in : *Gaz. des Hôp.*, p. 1735. et *Sem. méd.*, n° 51, 18 déc. 1907.)

J. BOUYGUES. — De l'hyperhidrose des extrémités dite essentielle. (*Arch. gén. de Méd.*, n° 1, 2 janv. 1906.)

L. DEKEYSER. — Hyperhydrose locale au cours de la syphilis secondaire. (*Bull. d. l. Soc. b. d. D. et S.*, n° 2, mars 1904.)

L. DOR. — Sécrétion sudorale des mains chez les chirurgiens et asepsie. (*Gaz. des Hôp.*, n° 24, 28 févr. 1905.)

FISCHER. — Traitement de l'hyperhydrose des pieds dans l'armée. (*Munch. med. Woch.*, n° 9, 27 févr. 1906.)

HARDAWAY a. ALLISON. — Warty Growths Callositics and Hyperidrosis and their relation to malposition of the feet. (*Journ. of cut. dis.*, March 1906.)

LEREDDE. — L'hyperidrose et la bromidrose axillaires. (*Journ. des Prat.*, n° 27, 7 juill. 1906.)

.F J. LEVISEUR. — Contribution to the clinical aspect and treatment of pompholyx (cheiro-pompholyx, Dysidrosis). (*Journ. of cut. dis.*, n° 10, oct. 1905.)

LOMBARDO. — Sulla secrezione di grasso da parte delle ghiandole sudoripare. (*Journ. ital. d. mal. ven.*, fasc. III, 1906.)

NESTORWSKY. — Die Anatomischen Veränderungen der Haut bei Dysidrosis. (*Derm. Zeitschr.*, B. XIII, H. 3, März 1906.)

Maladies des glandes sébacées

COLO (Francesco Di). — Sur la production du cérumen. (*La Pratica otolaringol.*, n° 3, 1906.)

DELBANCO. — Ueber das Gehäufte Auftreten freier Talgdrüsen an den kleinen Labien. (*Monatsh. f. prakt. Derm.*, 15 janv. 1905.)

GIORGI. — Ghiandole sebacee. subcornee. (*Journ. ital. d. mal. ven.*, fasc. 1, 1906.)

MONTGOMERY. — Grouped milia. (Hypertrophy of the sebaceous glands ?) (Chicago derm. Soc ; in : *Journ. of cut. dis.*, Febr. 1906.)

R. PASCHKIS. — Zur Frage des Vorkommens der Talgdrüsen am inneren Blatte des Präputiums. (*Monatsh. f. prakt. Derm.*, B. 41, n° 10, 15 nov. 1905.)

PASINI. — Unter der Hornschicht gelegene intraepidermale Talgdrüsen. (*Monatsh. f. prak. Derm.*, B. 42, n° 2, 15 Jan. 1906.)

PASINI. — Ghiandole sebacee intraepidermiche subcornee. (*Giorn. ital. d. mal. ven.*, fasc. II, 1906.)

RICARD. — Les surprises du cérumen. (*Arch. intern. de lar., ol. et rhin.*, mars-avril 1906.)

J. F. SCHAMBERG. — A new comedo extractor. (*Journ. of cut. dis.*, May 1907.)

SOKOLOW. — Rhinophyma. (Mosk. ven.-derm. Gesellsch, 17-30 März 1906 ; in : *Monatsh. f. prakt. Derm.*, B. 42, n° 9, 1 mai 1906.)

TEXIER. — Traumatisme et bouchon de cérumen. (*Gaz. méd. Nantes*, n° 17, 28 avr. 1906.)

Pyodermites

AUGIER. — Abcès staphylococcique de l'avant-bras et périmyosite. (Soc. an.-clin. Lille, 20 déc.1905 ; in : *Journ. des Sc. med. Lille*, n° 12, 24 mars 1906.)

BACCARONI. — Contribution à l'étude de l'infection staphylococcique. (*Riforma med.*, n°s 20, 21, 22 ; 19, 26 mai, 2 juin 1906.)

BAIL et WEILL. — Nouvelles recherches sur l'agressivité du staphylocoque. (*Wien. Klin. Wochenschr.*, n° 14, 5 avr. 1906.)

BOUTTIAU. — Le sérum anti-streptococcique dans l'érysipèle chez l'enfant. (*Ann. de la Soc. médico-chir. de Liège*, juin 1906.)

E. CARTIER. — Observation d'un malade atteint de paludisme et de boutons de Biskra. (Soc. des Sc. méd. de Lyon ; in : *Lyon méd.*, 21 février 1904.)

EHRMANN. — Folliculitis exulcerans nasi. (Wien. derm. Gesellsch., 7 März 1906 ; in : *Monatsh. f. prakt. derm.*, B. 42, n° 12, 15 juin 1906.)

W. FRICK. — A note on staphylococcic diseases of the skin. (*Amer. Journ. of Derm.*, Apr. 1905, n° 3.)

GALIBERT. — Le panaris des nouveau-nés. (*Thèse de Paris*, 1906.)

GAUCHER et TOUCHARD. — Ecthyma térébrant infantile. (*Bull. Soc. franç. de D. et S.*, n° 4, avr. 1905.)

GRUBER. — Eruption généralisée ecthymateuse. (Soc. nat. de méd. Lyon, 10 juil. 1905 ; in : *Lyon méd.*, n° 31, 30 juil. 1905.)

F. KRZYSZTALOWICZ. — Ein Beitrag zur Rolle des Streptococcus in der Pathologie der Haut. (*Monatsh. f. prakt. Derm.*, B. 42, n° 1, 1 jan. 1906.)

R. LEDERMANN. — Ein Fall von « pyodermite végétante ». (*Berlin. klin. Woch.*, 6 févr. 1905.)

MARTZINOVSKY et BOGROV. — Zur Aetiologie der Orientbeule (bouton d'Orient). (*Virchow's Arch.*, CLXXVIII, 1, 1904.)

OPPENHEIM. — Folliculitis decalvans. (Wien. derm. Gesellsch, 6 Dez. 1905 ; in : *Arch. f. D. u. S.*, LXXIX B. 1 H., März 1906.)

RECLUS. — Traitement du panaris. (*Journ. des Prat.*, n° 15, 15 avr. 1905.)

ROBINSON. — A case of destructive folliculitis (Folliculite épilante). (New. York derm. Soc., April 25 th. 1905 ; in : *Journ. of cut. dis.*, n° 6, June 1905.)

SAVILL. — Micro-bacillus of seborrhœa, with two patches of alopecia areata (Derm. Soc. of G. B. a. Irel., Jan. 24 th. 1906 ; in : *Brit. Journ. of Derm.*, March 1906.)

TRUFFI. — Follicolite stafilogena vegetante. (*Journ. ital. d. mal. ven.*, fasc. III, 1906.)

Furoncle et anthrax

F. BERINI. — Diagnostico y tratamiento de los forunculos del conducto auditivo. (*Rev. de Med. y Cir.*, n° 7, sept. 1905.)

BINDI. — Les rapports du furoncle et de la paranéphrite suppurée. (*Gazz. d. Osped.*, n° 36, 25 mars 1906.)

A. BOWLBY A. F. W. ANDREWES. — A second case of cutaneous anthrax successfully treated by sclavo's method without excision. (*Brit. med. Journ.*, Febr. 11, 1905.)

A. Broca. — Furoncle de l'oreille avec lymphangite. (*Journ. des Prat.*, n° 46, 18 nov. 1905.)

J. D. Jones. — A case of anthrax. Probably due to inoculation, without avisible initial lesion. (*Med. Record*, Nov. 18, 1905.)

G. Laurens. — Furoncle du conduit. (*Journ. des Prat.*, n° 15, 15 avr. 1905.

T. M. Legge. — The milroy lectures on industrial anthrax. (*Brit. med. Journ.*, March 11, 1905.)

R. Lœwy. — Technique de l'extirpation des anthrax. (*Bull. méd.*, n° 42, 31 mai 1905.)

Wm. Mitchell. — Case of cutaneous anthrax treated without ecxision with sclavo's anti-anthrax serum : recovery. (*Brit. med. Journ.*, July 15, 1905.)

Reclus. — Traitement du furoncle et de l'anthrax. (*Journ. des Prat.*, n° 12, 25 mars 1905.)

Schanz. — Furoncle métastatique de l'iris. (*Münch. med. Woch.*, 19 juin 1906.)

Impétigo

B. Auché. — De l'albuminurie au cours de l'impétigo et de l'eczéma impétigineux des enfants. (*Ann. de Méd. et Chir. inf.*, n° 21, 1 Nov. 1907.

Auché. Complications hépatiques de l'impétigo. (*Journ. de méd. Bordeaux*, n° 52, 29 déc. 1907.)

Bertin. — Impétigo. (*Echo méd. Nord*, n° 13, 1 avr. 1906.)

Borzecki. — Ein Fall von Impetigo herpetiformis. (*Arch. f. Derm. u. Syph.*, LXXVII, B. 3 H., Dez. 1905.)

Cazal. — Néphrite aiguë consécutive à l'impétigo pédiculaire. (*Arch. de méd. des Enfants*, juill. 1905 ; et *Pédiatrie prat.*, n° 2, 15 janv. 1906.)

P. Condulmer. — Mastite supporata per contagio da eczema impetiginoso. (*Riv. med.*, Apr. 1905.)

G. Mouriquand. — Tournioles multiples et impétigo. (Soc. des Sc. méd. Lyon, 31 janv. 1906 ; in : *Lyon méd.*, n° 12, 25 mars 1906.)

G. Nobl. — Zum Kapitel der Graviditätsdermatosen. Impetigo herpetiformis. Pyodermite végétante. (*Wiener Mediz Wochenschr.*, Nr 21, 20 mai 1905 et Nr 22, 27 mai 1905.)

Pautrier. — Origine médicale du préjugé populaire : on ne doit pas guérir la gourme. (*Presse méd.*, n° 100, 14 déc. 1904.)

Stelwagon. — A case of more or less generalized impetiginous eruption. (Philadelphia derm. Soc., nov. 21, 1905 ; in : *Journ. of cut. dis.*, Jan. 1906.)

C. J. White. — A case of impetigo bockhart. (Boston derm. Soc. March 1905 ; in : *Journ. of cut. dis.*, n° 6, June 1905.)



TRAVAUX ORIGINAUX

—

LE SÉRUM F OU CHRYSOICHTHINE ET SON ACTION THÉRAPEUTIQUE SUR L'IMPUISSANCE SEXUELLE ET LA TUBERCULOSE.

Par le D[r] G. Filarétopoulo

Professeur agrégé à l'Université d'Athènes,
Membre de l'Académie royale de médecine de Naples,
Membre de la Société française de syphiligraphie.

La question que j'ai l'honneur de traiter aujourd'hui devant vous concerne une découverte que j'ai faite, il y a quatre ans, sur l'action thérapeutique d'un sérum animal de constitution tout à fait originale, contre la déchéance de l'organisme, principalement du système nerveux.

Après une longue étude et de nombreuses expériences sur les animaux et les hommes, je peux aujourd'hui déclarer avec une conviction acquise que ce sérum est destiné à rendre les plus grands services à l'humanité souffrante.

Agissant merveilleusement et constamment partout où il y a déchéance organique, physiologique ou pathologique, principalement déchéance du système nerveux, notre sérum ne se compose pas de produits d'inoculation sur les animaux d'une substance quelconque.

Aucune partie de sang animal n'entre aussi dans sa composition dont la plupart est constituée par l'extrait des tissus d'un animal *à sang froid*.

Il s'agit donc d'un sérum purement *organique*. L'organothérapie, grâce à l'impulsion donnée par l'éminent maître du Collège de France, a fait dernièrement de réels progrès et a acquis dans la thérapeutique moderne une place prépondérante et s'étendant de jour en jour, à la suite de découvertes nouvelles, la plupart salutaires, contre un grand nombre de maladies considérées jusqu'à présent comme inguérissables.

En outre, de nos jours, l'esprit scientifique est beaucoup plus avisé qu'autrefois et fait meilleur accueil que jadis aux innovations thérapeutiques se basant sur des véritables données scientifiques. Les travaux de Brown-Séquard sur la matière ont été, en effet, très importants et ont servi de guide précieux pour la dé-

couverte d'un grand nombre de produits extraits des organismes animaux et dont la plupart se sont montrés très efficaces comme agents thérapeutiques.

Cette conduite se base sur le fait que la fonction d'un organe, altérée ou supprimée, peut se rétablir par l'introduction dans l'organisme de la substance organique similaire.

Il n'y a pas dix-huit ans que ce savant avait préconisé l'extrait de la glande spermatique pour fortifier les organismes affaiblis. Même beaucoup avant le XVI[e] siècle, il y avait des médecins qui conseillaient aux asthmatiques de manger du poumon de renard, guidés par le fait que cet animal ne s'essouffle pas à la course et, par conséquent, possède un poumon d'une résistance spéciale.

Voilà la première idée de l'opothérapie qui a inspiré à Brown-Séquard sa savante découverte sur l'action invigorante de la glande testiculaire.

On se souvient des polémiques qui suivirent la communication que Brown-Séquard fit à cette époque-là à l'Académie des Sciences. Il a, en effet, exagéré la puissance dynamogénique du suc testiculaire sur les centres nerveux et c'est pour cela que, malgré l'autorité de l'auteur, un scepticisme bien fondé à accueilli sa communication. Cela n'a pas empêché que sa méthode ait été appliquée à beaucoup d'affections débilitantes dans lesquelles elle a donné une énergie considérable aux centres nerveux, un grand relèvement de l'état général, ce qui était dû pour la plupart des cas à l'action de la suggestion et non aux qualités génératrices attribuées à cet extrait.

Néanmoins, une longue expérience a démontré ultérieurement que les résultats thérapeutiques avec le liquide orchitique n'ont pas répondu aux expériences fondées au commencement pour ce liquide et c'est pour cela que le traitement de la neurasthénie sexuelle par cette méthode n'a plus la grande valeur qu'il avait au commencement de sa découverte.

Ayant eu l'occasion, à cause de la spécialité, dont je m'occupe depuis dix huit ans, d'observer un grand nombre de malades souffrant d'*impotentia sexualis* ou de neurasthénie génitale qui s'accompagne, bien souvent, de neurasthénie générale, j'ai pu m'apercevoir de l'inefficacité de la plupart des moyens proposés contre cette affection vraiment rebelle à guérir.

Elles sont nombreuses les médications instituées contre l'im-

potentia sexualis, à cause de sa grande opiniâtreté, qui non rarement fait le désespoir du patient à tel point que, devenu mélancolique et hypocondriaque, bien souvent, il a recours aux extrêmes pour se débarrasser de sa lamentable existence. Car c'est une véritable torture que la vie menée par ces malheureuses personnes qui, privées de la force génératrice, ce premier et grand avantage de la virilité, ne ressentent aucun goût, aucune jouissance pour la vie qui leur devient ainsi un véritable fardeau. Et, en effet, la plupart des médications qui leur sont instituées restent sans aucun résultat ; il y en a même qui empirent leur état sans insister sur des dangers que quelques-unes présentent comme l'usage immodéré et prolongé des cantharides et du phosphore.

Par les *excitants*, on obtient, en effet, une légère stimulation de la sphère génitale, mais qui n'est que provisoire, et à la longue, ils finissent par empirer l'état primitif du patient. Parmi les préparations scientifiques vantées de tout temps, la plupart n'ont qu'une valeur théorique et agissent plutôt par *suggestion*. Cependant, on ne peut pas nier une certaine action de quelques agents pharmaceutiques comme, par exemple, celle des noix vomiques et de leur alcaloïde, du coca, de l'opium, etc., et qui agissent par la tonification du système nerveux général. Leur action sur la sphère génitale amène quelquefois une certaine amélioration, mais celle-ci n'est qu'éphémère et la plupart du temps problématique. Il en est de même pour quelques agents physiques comme l'hydrothérapie (appliquée sous toutes ses formes), le massage et l'électrothérapie.

Cette dernière, quoique perfectionnée dernièrement d'une manière merveilleuse et appliquée sous diverses formes (électricité statique, faradisation simple ou associée au *massage vibratoire* des testicules et de la prostate très en vogue en ce moment), ne donne que rarement des résultats satisfaisants.

Nous ne pouvons pas nier non plus les bons effets de la médication phosphorée qui paraît quelquefois avoir une influence manifeste et indiscutable sur la neurasthénie génitale. Mais nous savons bien que le phosphore métallique est doué d'une action accumulatrice et qu'il faut en augmenter la dose progressivement, ce qui fait que l'organisme, s'habituant à son usage, ne réagit que très difficilement.

D'autre part, l'expérience nous enseigne que rien n'est plus va-

riable que l'effet thérapeutique des préparations phosphorées métalliques (phosphore, phosphure de zinc, phosphate de soude, phosphate de chaux, etc.) ; on a attribué cette instabilité à une insuffisance d'assimilation d'où une fixité du métal sur les tissus presque nulle, quoique son absorption se fasse régulièrement. Quelques auteurs ont tenté de parer à cette insuffisance en associant les sels phosphatiques à un acide organique, qui faciliterait l'assimibilité du phosphore et on a fait préparer le lactophosphate et le chlohydrophosphate de chaux. Mais, une longue expérience nous a montré que mêmes ces préparations n'ont pas répondu à l'effet désiré.

Et cependant, le phosphore est l'âme et le soutien de la vie de l'organisme et joue un rôle prépondérant dans la constitution de la cellule nerveuse ; son déficit dans les tissus entraîne des troubles fonctionnels et des états pathologiques graves. Fréquemment, l'incurabilité de quelques grandes maladies est due à son absence (tuberculose pulmonaire, rachitisme, ostéomalacie, neurasthénie, etc.), car il entre presque pour le quart dans la composition des nerfs, de la charpente osseuse, de la moelle nerveuse et osseuse. D'où son indication partout où il y a déchéance organique et débilité générale. Mais où notre organisme emprunte-t-il cette substance indispensable et si précieuse pour son existence ? Pour la plus grande partie aux aliments et surtout aux aliments d'origine animale.

Une observation approfondie et des expériences sur les animaux nous ont démontré qu'au point de vue thérapeutique, il y a une différence énorme entre le phosphore métallique et le phosphore contenu dans les organismes animaux. Le phosphore organique est requis par notre corps dans tous les cas de déminéralisation (tuberculose, rachitisme, neurasthénie) ; il ranime les nerfs et empêche la desassimilation de la cellule nerveuse en modérant la dénutrition.

Mais, ce qui est plus important encore et que des recherches expérimentales nous ont confirmé, c'est qu'il y a une inégalité d'action et de puissance, en ce qui concerne le phosphore contenu dans les divers êtres animaux, et une différence d'affinité pour nos cellules dépendant de phosphore de diverses provenances.

D'où l'inégalité des effets thérapeutiques. Cela dépend en grande partie de la présence d'autres substances organiques qui se trou-

vent intimement combinées au phosphore et qui lui donnent sa plus ou moins grande action thérapeutique.

Une étude prolongée et assidue et surtout le vieux dicton Hippocratique « dans la nourriture se trouvent les meilleurs des médicaments, comme aussi la nourriture en contient les pires », nous a mené à chercher parmi nos aliments un agent thérapeutique efficace contre l'impuissance sexuelle que nous rencontrons presque tous les jours dans notre pratique et dont le traitement laisse, presque toujours à désirer.

Quelle ne fut notre surprise en voyant nos recherches et nos expériences couronnées de succès !

D'un animal que la nature a mis dans un milieu tout à fait différent de celui où vivent les autres organismes animaux, milieu exempt des microbes nocifs de l'air atmosphérique et donnant la vie et la vigueur même aux personnes extrêmement affaiblies et s'approchant de la mort, de cet animal, j'ai réussi à extraire, par une élaboration spéciale de ses tissus, une substance d'une action thérapeutique très puissante et dont l'analyse chimique a démontré l'existence de deux éléments primordiaux : du *phosphore organique* en abondance et une *substance* d'une action spéciale à laquelle il est intimement combiné, d'une odeur pénétrante et d'une saveur salée et légèrement astringente.

C'est de la combinaison de ces deux éléments que dépend la grande valeur thérapeutique de cette substance.

Il y a une île dans l'Archipel dont la plupart des habitants sont nourris presque exclusivement par cette espèce de poisson qui appartient à la famille des pleuronectides.

La grande vigueur corporelle de ces gens et surtout leur *longévité*, depuis longtemps, ont attiré mon attention, si bien qu'en examinant de plus près et de façon plus détaillée la manière dont ils se nourrissent, j'ai appris qu'ils mangent presque cru ce poisson. C'est alors que, par curiosité, j'ai soumis à la même diététique quelques-uns de mes malades et j'ai été fort surpris en voyant, après un temps plus ou moins long, que leur constitution changeait à vue d'œil, leur couleur revenait plus vive, l'intelligence plus claire, leurs mouvements devenaient plus légers, le poids du corps augmentait de jour en jour et surtout *le système génital* présentait une stimulation très manifeste, les érections étaient, plus vives et plus fréquentes, ainsi que l'envie pour le coït.

C'est alors que, guidé par ces effets vraiment didactiques, j'ai pensé à faire mes expériences sur les animaux, en employant en injections l'extrait des tissus de ces poissons que j'ai obtenu en les soumettant à une élaboration spéciale et que j'incorporais à une sérum artificiel qui lui servait de véhicule.

Voici la première composition de mon sérum.

Nous avons pratiqué les premières injections, il y a quatre ans sur des cobayes.

Nous avons enlevé des artères d'un cobaye, une grande quantité de sang. Dans trois jours, à la suite de cette profonde anémie, l'animal avait été considérablement maigri, son poids diminué aussi, l'appétit presque complètement disparu. C'est alors que nous avons commencé les injections par notre sérum à la proportion de 0,25 centigr. de substance active dans trois grammes de véhicule. Les deux premiers jours, nous avons fait les injections une fois par jour et à partir du troisième jour, nous les avons augmentées à deux par jour, c'est-à-dire que nous introduisions dans l'animal 0,50 centigrammes de substance active dans la journée.

A la suite de cette conduite, nous avons constaté, dès le 6e jour, une augmentation progressive, du poids de l'animal ; en outre, l'appétit et les forces étaient revenues, si bien que, vers le 20e jour, il était arrivé à son état primitif. Nous avons répété, l'expérience sur d'autres cobayes avec le même effet. Plus tard encouragés par ces résultats, nous avons pensé à expérimenter le sérum F. sur des cobayes que nous avions rendu tuberculeux en les inoculant par des cultures de bacilles de Koch. Nous avons ainsi tuberculisé 4 cobayes. Vers le 20e jour, alors que l'ulcère tuberculeux avait été complètement développé et le poids du corps assez diminué, nous avons mis en traitement deux seulement de ces animaux (gardant les deux autres comme témoins), dont nous prenions le poids rigoureusement chaque jour.

Après la dixième injection, la perte de poids des animaux s'arrêta ; le processus de l'ulcération commençait à présenter des signes de cicatrisation ; ces effets se manifestaient plus clairs lorsque, vers le 17e jour, nous répétions les injections deux fois par jour à la dose toujours de 0,25 centigr. de substance active.

Continuant les injections pendant longtemps avec de brefs temps de repos, nous avons pu prolonger la vie des ces cobayes, à 9 mois de l'un et à 10 mois et demi de l'autre, et nous savons bien

qu'un cobaye tuberculeux ne peut vivre plus de deux mois et demi comme cela a été prouvé par les deux autres cobayes, non soumis au traitement et qui sont morts l'un deux mois et l'autre soixante-quinze jours après l'inoculation.

Me basant donc sur les essais et les expériences ci-dessus, j'ai pensé à appliquer mon sérum contre plusieurs plusieurs maladies débilitantes, principalement contre l'impuissance sexuelle, que je rencontre presque chaque jour dans ma pratique et j'ai été tellement satisfait des résultats que je pense déclarer officiellement aujourd'hui et en pleine conviction que j'ai obtenu le médicament *spécifique de l'impuissance virile* et sans paraître exagérer le plus puissant moyen thérapeutique connu jusqu'à présent contre la tuberculose pulmonaire qu'il arrête dans sa marche, et qu'il améliore toujours, en prolongeant beaucoup la vie de ces malheureux qui cherchent en vain, dans les tuberculines et dans les antiseptiques leur guérison.

Composition et propriétés physiologiques du sérum F.

Ayant en vue plusieurs facteurs étiologiques qui jouent un rôle principal dans beaucoup de maladies où s'indique mon extrait animal, j'ai pensé l'associer à un composé métallique d'or et de magnésium, en renforçant ainsi puissamment l'action de l'extrait surtout dans les cas de neurasthénie et d'hypochondrie qui accompagne très souvent l'impuissance. Dans ces conditions, l'or agit plus spécialement sur l'élément psychique qui se trouve déprimé tandis que la substance organique a une action élective sur les cellules de la moelle et les hématies, et cette action est due non seulement en sa teneur en abondance de phosphore organique mais surtout à la combinaison de celui-ci à la substance spéciale, dont nous avons parlé tout à l'heure.

Cette action procure à l'organisme humain une énergie si puissante qu'on peut observer une *tendance de la cellule vitale à la conservation de son état primitif à l'encontre de la théorie de l'évolution de la matière qui caractérise presque toutes les cellules organiques*. Voici le plus grand fait de notre composé par lequel un nouvel horizon s'ouvre à la thérapeutique d'un grand nombre des états pathologiques. D'où son action merveilleuse sur la débilité sénile et la déchéance organique, la misère physiologique, le surmenage

par les excès, la fatigue physique et le travail intellectuel. D'où son influence avantageuse sur le moral et la volonté qu'il vivifie tout en donnant une grande impulsion sensorielle.

J'ai incorporé ces agents organo-métalliques à un sérum artificiel à base de chlorure de sodium et j'ai ainsi fait préparer mon sérum tel que je le présente aujourd'hui devant vous sous le nom de *sérum F.* ou *chrysoïchthine* et qui constitue à l'heure qu'il est *le plus puissant des stimulants* des échanges nutritifs et le meilleur régénérateur du système nerveux. Dans les maladies microbiennes chroniques, il constitue un puissant modificateur du terrain appauvri qu'il rend réfractaire à la pullulation bacillaire

Mais il y a une particularité à signaler et sur laquelle j'attire particulièrement votre attention, c'est que les effets thérapeutiques ci-dessus ne se montrent pas immédiatement, mais mettent un certain temps à se manifester, car les *éléments contenus dans le sérum, surtout le phosphore, ont une action sur notre organisme lentement accumulatrice ce qui fait que ses résultats se manifestent progressivement,* après un usage un peu prolongé, sans aucune excitation, sans aucune action toxique. Les effets thérapeutiques du phosphore atteignent leur summum d'intensité, car cet élément se trouve dans le sérum à l'état latent exempt de toxicité et de perturbation qui caractérisent le phosphore métallique. Voilà ce qui explique son emploi possible pendant toute la vie, même à de hautes doses.

Ce qui est encore digne de remarque, c'est que *le sérum préparé en Grèce est doué d'une action beaucoup plus puissante que celui préparé en Europe, grâce à sa richesse beaucoup supérieure en phosphore et en sels chlorurés contenus dans les poissons de mer grecs. A doses égales, il a une saveur plus agréable et une odeur beaucoup plus pénétrante. Cela devient plus évident si nous prenons en considération le fait que la mer en Grèce, est plus riche en chlorure de sodium, dont il contient* 4,5 °/o, *que la mer européenne qui en contient* 2 1/2 %.

En ce qui concerne l'action physiologique du sérum, l'expérience nous a montré que dès les premiers jours de son application aux sujets sains, on observe une légère augmentation de la température et une stimulation manifeste du système nerveux. Le facies se colore en rose en donnant à la physionomie un aspect florissant ; le poids du corps augmente et l'individu se sent beaucoup plus

fort; s'il fait de longues marches ou des efforts continus,la fatigue ne survient que très tard; en plus, on observe une excitation de l'âme se manifestant par une humeur plus alerte et une grande invigoration des fonctions génitales.

Un de mes malades,âgé de 55 ans,que nous avons mis en traitement par notre sérum pour une oligospermie datant depuis longtemps, sans aucun affaiblissement des fonctions génitales, nous dit que, dès les premières injections, il s'aperçoit, outre l'augmentation du sperme, d'une agilité plus grande dans ses mouvements qui devienrent plus vifs, une exaltation de l'imagination et une tendance inaccoutumée pour les jouissances vénériennes, si bien que,pour un moment, il crut qu'il était revenu à sa jeunesse. Il trouvait même drôle son désir continu de lire des romans scandaleux et lubriques. En un mot, il était enchanté de cet état et nous affirmait que si notre sérum agit de même sur toutes les personnes âgées qui s'y soumettent, il est destiné à devenir un régénérateur des vieillards.

En effet, le vieillard retire du sérum F. un grand réconfort de sa puissance nerveuse et musculaire affaiblie ; et cela peut s'obtenir pendant très longtemps, pendant toute la vie, car ce précieux sérum est pour lui un aliment régénérateur dont il peut prolonger l'emploi outre mesure. Son action se poursuit lentement, dans les profondeurs des tissus, en réveillant leur nutrition, car il constitue un élément essentiel de la cellule nerveuse et du globule sanguin qu'il régènère à fond.

Par son emploi, l'esprit devient plus alerte. Une stimulation de la circulation s'observe aussi dès le début de son emploi et une hématose plus active, ce qui est confirmé par l'examen microscopique des hématies.

La stimulation de la circulation et de l'appareil nerveux a pour conséquence immédiate une augmentation des sécrétions organiques particulièrement des urines. Nous avons pu observer chez quelques femmes, une apparition prématurée des règles. C'est ainsi que s'expliquent, chez les poitrinaires, les pneumorrhagies et l'accentuation de la toux.

Propriétés thérapeutiques du sérum F. — Ses indications.

De ce qui précède, on voit que le sérum F. active la nutrition en relevant considérablement l'état général, réveille les fonctions

génitales affaiblies et abolies mieux que tous les aphrodisiaques connus jusqu'aujourd'hui d'où son indication thérapeutique dans l'impuissance sexuelle et partout où la nutrition se fait défectueusement, dans les adynamies, les cachexies, principalement dans la tuberculose, la neurasthénie, l'anémie grave, le cancer, le rachitisme, l'ostéomalacie, la leucocytose, les paralysies, la croissance ralentie, la déchéance cérébrale, la mélancolie, l'hypochondrie, etc., etc.

Après un emploi un peu prolongé de sérum F. tout l'organisme se relève à vue d'œil, le poids du corps augmente considérablement d'une manière incomparable à tout autre agent théarpeutique. Vu cette restauration générale, la marche de la tuberculose se ralentit et souvent s'arrête. Vu l'élection spéciale sur la restauration des cellules de la moelle et de l'encéphale, je pense que de grandes surprises nous sont réservées dans quelques affections mentales par la compensation que mon sérum amène dans l'insuffisance des zones cérébrales psychiques.

Ce qui est regrettable, c'est le prix élevé de sa fabrication qui rend un peu difficile sa plus large application thérapeutique.

Espérons que son prix baissera lorsque, par sa plus large application, on le préparera en grandes quantités.

Après cet aperçu de l'action et des avantages du sérum sur notre économie, je crois qu'il ne faut pas passer sous silence quelques légers inconvénients qui peuvent se présenter quelquefois après son usage prolongé. C'est ainsi, que nous avons eu l'occasion d'observer chez quelques individus, après une quinzaine d'injections de la céphalée et de la pesanteur cervicale qui cessait aussitôt les injections interrompues. D'autres se plaignaient d'une sensation de chaleur incommodante, avec prurit quelquefois très incommodant sur toute la surface cutanée. Ce prurit plus rarement était localisé au point de l'injection. Chez quelques individus, après la dixième injection, il est survenu une courbature subite mais qui n'a duré que quelques jours pour être remplacée par un sentiment de bien être.

Chez deux autres malades, nous avons aperçu une rougeur sur tout le visage avec éruption des éléments acnéïques sur le visage. Chez une jeune fille tuberculeuse, aussitôt après la première injection, il est survenu une insomnie trop opiniâtre, qui a duré même après la cessation du traitement.

Parmi le grand nombre d'observations relatives au traitement par le sérum que nous avons pu recueillir jusqu'à présent, la plupart se rapportent à l'impuissance sexuelle que nous avons l'occasion de rencontrer bien souvent dans notre pratique. En second lieu, j'ai collectionné quelques observations concernant la tuberculose pulmonaire. Ces dernières ne me sont pas toutes personnelles, car ne sortant que rarement du domaine de ma spécialité, j'ai confié mon sérum à d'autres confrères spécialistes pour l'expérimenter sur leurs malades et pouvoir mieux apprécier sa grande valeur thérapeutique.

Mais avant de vous exposer les résultats obtenus dans les cas d'impuissance sexuelle, vous me permettrez de rappeler en quelques mots les diverses formes de cette fréquente affection et de préciser lesquelles de ces formes sont justiciables de notre médication, qui ne constitue pas une *panacée* contre n'importe quelle impuissance. Si, par exemple, les effets du sérum F sont toujours satisfaisants dans les impuissances neurasthéniques, il n'en est pas de même dans les impuissances *organiques*, c'est-à-dire celles qui sont dues à une lésion matérielle du système nerveux central (ataxie, myélite, paralysies, etc.).

Aussi, tandis que l'action favorable du sérum se manifeste très puissante dans les cas d'*impotentia coeundi*,elle est très problématique, lorsqu'il s'agit d'*impotentia generandi* à la suite d'obstacles mécaniques ou d'altérations dans la composition du liquide spermatique.

Mais ce qui nous intéresse au plus haut degré dans notre question, ce sont les cas d'impuissance où le sérum *paraît* n'avoir aucune action favorable, ce qui contribue à lui faire perdre de sa réelle valeur thérapeutique. Je dois mentionner ces cas et attirer tout particulièrement l'attention de ceux qui vont employer mon sérum pour ne pas méconnaître sa valeur, car se sont ces cas où il se montre inactif en apparence sans l'être effectivement. Principalement, il y a une distinction fondamentale à faire entre l'anaphrodisie et la vraie impuissance, avec laquelle elle se confond. Il faut savoir différencier ces deux états pathologiques tout à fait différents pour ne pas tomber dans des méprises. Nous entendons, en effet, par impuissance ou *impotentia virilis*, l'inertie de l'organe copulateur où sa paralysie provenant d'un trouble nerveux, d'une adynamie générale ou d'une intoxication. D'au-

tre part, nous désignons sous le nom d'*anaphrodisie,* ou impuissance morale, le manque des désirs aphrodisiaques qui naissent directement du cerveau, de l'imagination, du sens même. On voit qu'il y a une différence fondamentale entre ces deux états parthologiques, dont le premier reconnaît une cause psychique, tandis que le second dépend d'un trouble *somatique* ou physique. A l'état physiologique, le coït ne peut avoir lieu qu'à la condition que ces deux facteurs soient en harmonie réciproque.

Il y a donc, pour ainsi dire, une mutualité d'action entre eux. Le manque de l'un de ces facteurs peut annihiler l'action de l'autre.

L'absence d'une excitabilité psychique résultant normalement des impressions et de la pensée amène la non-érection, l'inactivité du pénis, quoique ce dernier se trouve en bon état physiologique sans présenter aucune asthénie.

Voici, un exemple. Il y a une année, on m'a amené un épicier nouvellement marié avec la fille d'un fonctionnaire distingué. C'était un mariage de force contracté par des intérêts pécuniaires. Du reste, l'homme avait une répugnance pour cette fille peu belle et dont l'approche ne lui provoquait aucun désir vénérien. Ses frères, le croyant frappé d'impuissance, et ayant entendu parler des bons effets de mon sérum, me l'ont amené pour le soumettre au traitement ; mais on ne m'a pas raconté les détails ci-dessus et les conditions dans lesquelles se firent ce mariage. J'étais inquiet, voyant mon sérum échouer, jusqu'au moment où l'on m'a raconté les détails de cette liaison. C'est alors que je leur ai dit qu'il était impossible de réussir tant que l'aversion pour cette femme existeraît. J'ai appris ultérieurement que cet homme ayant divorcé a été beaucoup plus heureux dans son second mariage.

Nous pouvons citer un grand nombre d'exemples pareils où le manque du sentiment amoureux émanant du sens génésique se trouvant dans l'encéphale a amené une impuissance virile, qui n'existe, en effet, qu'en apparence car au fond la force génitale n'est point diminuée ; il n'y a que le facteur moral qui manque pour la réveiller.

Il en est de même pour l'obésité qui, à un degré très développé, devient une cause d'impuissance relative par la grande paresse des organes génitaux qu'elle détermine. Cette obésité ayant pour cause le plus souvent une nourriture abondante et succulente, une vie sédentaire sans fatigues et sans soucis, entraîne un développe-

ment et un embonpoint considérable de l'abdomen et une petitesse relative des organes génitaux externes ce qui contribue à un obstacle mécanique du coït.

Une débilité générale accompagne cette obésité qui rententit à son tour sur les fonctions génitales qu'il diminue ou abolit presque complètement.

Il est évident que, dans ces conditions, avant de recourir à l'emploi du sérum F. il faut par un régime approprié et sévère et par l'exercice au grand air, combattre énergiquement l'obésité. Sans cela on risque de voir le sérum F, encore échouer et perdre bien à tort sa valeur thérapeutique.

Le traitement de l'impuissance glycosurique présuppose aussi l'abolition de la cause. La glycosurie altère la constitution du sang en le privant d'une partie de ses éléments utiles à la nutrition des tissus, à cause de la grande déperdition des liquides qui se fait par les reins, d'où une débilité générale retentissant sur les fonctions génitales dont il amène la déchéance. A la suite de cet état,les érections deviennent rares et à la longue elles finissent par s'éteindre. En même temps, les testicules s'atrophient, et tout désir vénérien s'efface. Un autre facteur plus important contribue à cet état de choses, c'est la diminution du sperme et des autres sécrétions organiques. Cette oligospermie, explique l'apparition de l'impuissance avant l'amaigrissement et le marasme diabétique. Il est vrai que cela n'arrive que dans le diabète maigre, le plus grave, tandis que dans le diabète gras, les forces viriles très souvent se conservent pendant un très long temps. Contre ce diabète maigre, où la principale indication consiste à diminuer la sécrétion du sucre, parallèlement aux autres médications, les injections du sérum F, font des merveilles.

Mais, il y a une autre affection de l'appareil génital, qui influence très souvent, et de diverses manières, les forces viriles, *c'est la blennorragie chronique*. On sait, en effet, que cette maladie peut influencer les fonctions génitales en les diminuant, ou en les faisant abolir complètement, et cela peut donner lieu, à une impotentia coeundi, ou à une impotentia generandi, cette dernière survient ou à la suite d'une orchite unilatérale, ou double, ou à la suite des altérations prostatiques,dont l'effet immédiat est l'altération de la composition du liquide prostatique.

L'impotentia orchitique dépendant d'une cause purement mé-

canique ne peut être influencée avantageusement par notre sérum.

Nous dirons de même au sujet de l'impuissance à la suite de rétrécissement de l'urèthre, dont le traitement exclusivement mécanique exige l'éloignement de l'obstacle qui lui a donné naissance.D'autre part, la blennorragie chronique peut influencer directement le principal facteur du coït, c'est-à-dire l'érection qu'il diminue ou abolit complètement.

Quelquefois elle amène une tel relâchement des tissus que, les érections, quoique se produisant, et même d'une manière consécutive, sont suivies d'une *éjaculation prématurée.* Cette hyperesthésie génitale ne tarde pas à être remplacée par une paralysie complète, c'est-à-dire une véritable abolition de l'érection.

Ce qui est digne de remarque, c'est que cet état se prolonge même après le traitement de la blennorragie qui lui a donné naissance;et bien souvent le malade nous consulte à cette période éloignée du traitement de sa goutte en réclamant notre intervention, pour stimuler ses fonctions génitales éteintes. C'est ce qui arrive pour la plupart des observations que nous allons décrire tout à l'heure.

Signalons à la fin que le même relâchement qui entraîne les éjaculations prématurées à la longue finit par produire une spermatorrhée à cause de la participation du tissu musculaire des conduits éjaculateurs à l'inflammation chronique qui amène son relâchement. Cette spermatorrhée se manifeste à la fin de la miction, où elle est latente ; dans ce dernier cas, en examinant les urines du malade on peut y retrouver éventuellement des spermatozoïdes en plus ou moins grand nombre.

L'impuissance et la spermatorrhée influencent fâcheusement le moral de ces malades : leur humeur devient sombre et hypocondriaque, et, quand cet état traîne en longueur, il finit par influencer le système nerveux général en donnant naissance à une irritation spinale (douleurs sacrées, sensation de chaleur et de froid, névralgie du plexus lombosacré, etc.). Cet état retentit aussi sur la nutrition générale, il se produit une dépression profonde, une pâleur prononcée et des palpitations. Le tube gastro-intestinal se prend à son tour et la vie du malade devient un véritable supplice.

Si, dans l'impuissance neurasthénique, les effets du sérum F se montrent très rapidement, il n'en est pas de même en cas d'im-

puissance à la suite d'*intoxications* chroniques, surtout du tabagisme,de l'alcoolisme, et du mercurialisme, où l'action bienfaisante du sérum, est un peu longue à se manifester, car il faut d'abord écarter la cause qui lui a donné naissance.

On connaît l'action déprimante du tabac sur la virilité. Cet excitant des désirs vénériens, lorsqu'on l'emploie modérément, devient, lorsqu'on en fait abus, un anaphrodisiaque puissant, annihilant les fonctions génitales par son action déprimante sur le cerveau.

Une autre affection pour laquelle, nous avons appliqué notre sérum avec de très bons résultats,c'est la *neurasthénie para-syphilitique*, c'est-à-dire celle qui se présente entre le deuxième et le troisième stade de la syphilis, et qui n'est point influencé par le mercure et qu'il faut savoir différencier de la vraie neurasthénie sxphilitique qui se présente en pleine période secondaire et qui est justiciable de la médication spécifique à l'instar de toutes les affections syphilitiques secondaires.

Il ne faut pas oublier non plus que cette *neurasthénie para-syphilitique*, non rarement est l'avant-coureur des lésions organiques graves du cerveau et de la moelle, alors que notre sérum n'a aucune influence avantageuse. Quoi qu'il en soit, elle se caractérise par de la céphalée très intense, de l'insomnie, vertige, anorexie, un resserrement de cœur et surtout une courbature inaccoutumée.

L'insomnie quelquefois manque, mais les réflexes sont toujours augmentés.

Nous avons obtenu les mêmes résultats dans quelques cas de *cachexie syphilitique*, là où l'organisme se trouve très déprimé par l'emploi du mercure qui non seulement n'influence point cet état, mais, au contraire agit très défavorablement.

Observation I.— M. G.Z...,39 ans,marchand de tabac,eut deux blennorragies, l'une en 1898 et l'autre en 1903, guéries toutes deux dans un temps relativement court. Depuis un an il s'est aperçu que les érections pendant le coït étaient presque abolies, et plusieurs fois des éjaculations avaient lieu sans érection préalable. Le malade,qui jusqu'il y a deux mois, avait épuisé tous les moyens contre son affection et dans un désespoir complet, me consulta le 17 novembre, réclamant à tout prix sa guérison ; autrement, il était décidé de recourir au suicide. L'examen des urines et de la prostate ne montraient rien d'anormal; sauf quelques filaments, il n'y

avait rien autre chose. L'examen microscopique y a démontré quelques rares corpuscules de pus, il n'y avait pas de rétrécissement ; non plus que d'orchite. Nous l'avons aussitôt mis en traitement par le sérum F.

Après la huitième injection de 1 gr. de substance active répétée tous les jours, il commencait à ressentir pour la première fois, après un an, des irritations aux parties génitales qui survenaient vers le point du jour et se renforçaient de jour en jour, pour se rétablir définitivement vers le vingt-cinquième jour du traitement. Ces érections et éjaculations normales se conservent encore actuellement, c'est-à-dire deux mois après la cessation de tout traitement.

OBSERVATION II. — M. D. C., d'Alexandrie (Egypte), se présente à nous, en mai dernier et nous raconte qu'il a eu jusqu'à présent quatre chaudepisses de 1896 à 1902.

Une prostatite et une épididymite gauches avaient compliqué son avant-dernière atteinte.

L'épididymite n'a laissé comme reliquat qu'une légère intumescence insignifiante. La prostatite persiste encore quoique n'incommodant point le malade. Depuis six ans, c'est-à-dire, une année après la dernière blennorrhagie, il a présenté une asthénie génitale irritable se manifestant par des pollutions nocturnes répétées et des érections maladives qui cessaient aussitôt que le malade approchait une femme. Une abolition presque complète des érections a succédé à cette asthénie, si bien que le malade jusqu'en mai dernier n'a pas pu accomplir ses désirs génitaux. Vu son court séjour à Athènes et se pressant pour retourner en Egypte le plus tôt possible, il me pria de hâter son traitement et de commencer par lui faire injecter un gramme de substance active de mon sérum deux fois par jour.

L'effet ne tarda pas à se manifester après le huitième jour, le malade était enchanté du résultat obtenu, le quinzième jour partit en emportant avec lui vingt ampoules pour continuer les injections avec son médecin.

Je n'ai plus eu de ses nouvelles.

OBSERVATION III. — M. P. G..., avocat, âgé de vingt-cinq ans, nous consulte, le premier août passé, pour une éjaculation prématurée survenant aussitôt l'intromission du pénis dans le vagin. Les érections sont considérablement diminuées, quoique se faisant fréquemment. Dans ses antécédents nous relevons abus de masturbation dès l'âge de quatorze ans jusqu'à dix-sept ans auquel a succédé une spermatorrhée opiniâtre ayant duré jusqu'à l'âge de vingt-deux ans. Blennorrhagie à vingt-trois ans sans aucune complication et guérie en trois mois. Son impotentia date dès lors. Nous l'avons aussitôt mis en traitement par le sérum F. La première semaine nous avons fait une injection par jour de 1 gr. de substance active et à partir du deuxième septénaire, nous avons augmenté les injections à douze par jour, pendant trois semaines. Vers la dernière semaine, les érections se faisaient régulières et fortes, et l'éjaculation était normale. Ayant vu le malade en novembre dernier, il nous affirme que sa guérison

était définitive et qu'il peut accomplir le coït même deux fois dans la même nuit.

Observation IV. — M. T., commerçant de province, âgé de trente-huit ans, marié et père de deux enfants, se plaint d'érections incomplètes et d'une éjaculation prématurée pendant le coït. En plus, il ne sent pas la jouissance qu'il ressentait autrefois et avec tout cela il présente une spermatorrhée après la défécation et quelquefois même après la miction. Dans ses antécédents une légère blennorrhagie à l'âge de dix-neuf ans, insignifiante et guérie en peu de jours. Spermatorrhée nocturne pendant huit ans. Son état général est aussi profondément entamé. Humeur sombre, insomnie, prostration générale.

Nous lui avons fait quarante injections de sérum F. d'un gramme de substance active deux fois par jour. A la fin du traitement, ce fut une véritable résurrection pour lui. Les forces sont revenues. Un sommeil calme et réparateur a succédé à l'insomnie opiniâtre qui le torturait avant. Son état intellectuel s'est rajeuni. L'envie du travail, une couleur rose et surtout le retour définitif de ses fonctions génitales l'ont transfiguré à tel point qu'on a eu peine à le reconnaître aussitôt qu'il est retourné dans son pays.

Observation V. — T. J., étudiant en droit à l'âge de vingt-sept ans, à la suite d'abus prolongés d'onanisme, se plaint de pollutions nocturnes et de manque d'érections suffisantes pour l'accomplissement du coït. A l'approche d'une femme les érections sont incomplètes et l'éjaculation se fait prématurément et *ante portas*. Il s'agissait donc d'une impuissance à la suite d'une irritabilité asthénique des nerfs génitaux de la moelle épinière. Ayant fait trente-cinq injections de sérum F. il se rétablit complètement et voyant des femmes régulièrement nous affirma qu'il accomplissait le coït normalement.

Observation VI. — C. F., cinquante-deux ans. Une seule blennorrhagie dans ses antécédents génitaux, à l'âge de vingt-deux ans, guérie en trois mois. Fumeur passionné (quarante et cinquante cigarettes par jour), se plaint depuis quatre ans d'une faiblesse générale, de palpitations, d'un sentiment d'oppression précordiale et d'insomnie très opiniâtre. En outre, il n'a plus depuis longtemps d'érections qui paraissent complètement éteintes. Le jour où il nous a consulté nous avons constaté une arythmie cardiaque et un léger tremblement des mains. Il nous assure, que las des divers traitements qu'il a subis à plusieurs reprises sans aucun résultat, il est prêt de subir n'importe quel sacrifice et à se soumettre à tout traitement si long qu'il soit si nous avons la certitude que nous lui procurerons quelque amélioration.

Nous lui avons proposé notre sérum duquel il a du reste entendu parler et il se mit aussitôt à un traitement; nous lui avons rigoureusement interdit l'usage du tabac, auquel du reste il a renoncé depuis quatre mois. Le fait est que le résultat était plus long à obtenir que dans l'impuissance neurasthénique car il s'agissait d'une véritable impuissance paralytique.

Néanmoins les bons effets du traitement n'en ont pas moins apparu après la vingt-troisième injection répétée deux fois par jour. Vers le 35e jour, le sommeil a reparu et les forces générales et génitales sont revenues si bien que les érections étaient suffisantes pour accomplir l'acte du coït. Le malade enchanté de cet effet, continue encore les injections.

Observation VII. — M. C. P., employé de commerce, 42 ans. Il y a quatre ans, première blennorragie ayant duré six mois. Il y a un an deuxième atteinte de quatre mois. Depuis six mois, abolition complète des fonctions génitales. Manque complet d'érection. Nous lui avons fait 34 injections d'un gramme de substance active. Jusqu'à la huitième injection pas de résultat appréciable. A partir de la dixième injection répétée deux fois par jour, l'amélioration a commencé d'une manière très manifeste. Quelques érections matinales se renforçant de jour en jour pour se rétablir définitivement vers le vingtième jour du traitement ont relevé le moral du malade, qui de temps en temps durant la cure se plaint de quelques vagues douleurs dorsales et lombaires.

Le malade suspend le traitement dispendieux pour lui pour le reprendre à un moment plus favorable.

Observation VIII. — G. C., âgé de 34 ans, constitution nerveuse. Parents bien portants. Il n'a jamais eu de maladie importante. Seulement trois blennorragies, dont la première, en 1898, sans aucune complication, a été guérie dans l'espace d'un mois et demi. La seconde en janvier 1905 guérie en deux mois et la troisième et dernière date de huit mois et s'accompagne d'une abolition presque complète des fonctions génitales. Lorsque nous l'avons examiné pour la première fois il y a quatre mois il avait la prostate modérément gonflée. Tout est rentré dans l'ordre après seize massages prostatiques et cinq applications de mon dynamo-injecteur. Deux mois se sont écoulés depuis la guérison de la chaude-pisse et les fonctions génitales ne revenaient pas. C'est alors que, désolé pour sa perte virile, il est revenu en implorant sa guérison. Nous lui avons commencé les injections par mon sérum, une chaque matin d'un gramme de substance active. Jusqu'au douzième jour, l'amélioration était imperceptible, alors nous avons fait des injections deux fois par jour.

Dès la deuxième semaine de cette conduite, les érections se sont développées manifestement et vers le 25e jour du traitement les fonctions génitales étaient revenues complètement. Ce qui était digne de remarque chez ce malade, c'est que lorsque les érections se faisaient une fois par jour, le matin, le malade ressentait des érections vers la soirée, et vers le matin il n'y en avait presque pas, tandis que lorsque les érections se répétaient le soir, les érections se reproduisaient vers le matin plus fortes et plus durables.

Observation IX.—S. S., âgé de 38 ans, nous consulte, il y a 6 mois, pour une abolition complète de ses fonctions génitales. Quoique maigre, il est d'une constitution forte, un peu nerveux, cependant. Pas de maladie antérieure. Une légère blennorrhagie, il y a quatre ans, guérie sans aucun reli-

quat. Son impotentia date depuis 2 ans, et le malade l'attribue aux abus de coït. Nous l'avons mis immédiatement en traitement par le sérum F. Au commencement à la dose de 0,50 centigr. de substance active par jour. Jusqu'à la 15e injection aucune amélioration n'est survenue. A partir, de la seizième injection, le malade commençait à ressentir quelques irritations aux parties génitales, qui devenaient de jour en jour plus fortes, si bien que, vers le 35e jour, sa puissance virile est presque complètement revenue. Quoi qu'il se soit écoulé deux mois et demi depuis la fin de son traitement, le malade continue à être enchanté et se prépare à contracter un mariage projeté depuis longtemps et qu'il était obligé d'abandonner croyant ses forces complètement perdues.

Observation X. — E. G., 45 ans, tenant un hôtel en Amérique, a eu une syphilis, il y a 15 ans, pour laquelle il a fait, au commencement, un traitement incomplet. Pas de manifestations spécifiques pendant 13 ans. Depuis 3 ans, il présente des stigmates neurasthéniques, avec une phosphaturie considérable (5 grammes par 24 heures), il a épuisé sans résultat toutes les médications anti-neurasthéniques. Le traitement mercuriel et l'iodure de potassium, au dire du malade, ont empiré son état. Le jour où il nous a consulté, il se plaignait d'une faiblesse générale et d'une perte presque complète de ses fonctions génitales. Ces deux phénomènes prédominaient dans le tableau neurasthénique. C'est pour cela que je l'ai mis aussitôt à une série d'injections par mon sérum dont le profit, très manifeste, s'est montré après la 15e injection.

En tout, il a reçu 30 piqûres. Au bout du traitement, les forces générales sont revenues et les fonctions génitales, complètement rétablies. Mais, ce qui était surtout remarquable chez ce malade, c'était l'augmentation rapide de son poids, dont il a bénéficié de 1 kilog en l'espace de 15 jours et le retour de la couleur de son visage. Dès le huitième jour du traitement, nous avons constaté une diminution notable de la phosphaturie. Cette diminution n'a duré que 5 jours et la phosphaturie a reparu pour cesser définitivement vers le 15e jour du traitement.

Préparation des doses du sérum F.

La préparation du sérum F. est un peu délicate, car elle oblige à fournir des produits d'une action certaine, absolument aseptiques, et exempts de tout élément nocif d'où sa transparence parfaite, et sa pureté irréprochable. Il peut se conserver dans des ampoules pendant très longtemps à la température normale sans la présence de glace.

Quoique les injections de sérum F.soient indolores,il faut prendre toutes les précautions antiseptiques nécessaires surtout pour la seringue et l'aiguille, qu'il est nécessaire de rendre absolument aseptiques avant l'emploi.

La seringue doit être lavée préalablement avec une solution d'oxycyanure de mercure au 1000° (millième), et l'aiguille flambée. Comme seringue, nous employons n'importe quel modèle d'une contenance de 5 cc.

Comme lieu d'injection, nous préférons la région rétro-trochantérienne, et ce n'est que rarement, lorsque les injections sont un peu douloureuses, que nous les faisons intramusculaires. Le seul moyen d'éviter la douleur, c'est de pousser le piston *lentement.*

Quant à la dose, habituellement nous commençons en cas d'impuissance par 5 cc. de sérum par jour, de la solution titrée à 0.50 de substance organique, que nous portons à un gramme à partir du cinquième jour. Ce n'est que vers le dixième ou douzième jour que nous injectons cette dernière dose deux fois par jour et que nous continuons pendant 25 jours, et au besoin davantage.

Mais, lorsqu'il s'agit de tuberculose, il faut commencer avec ménagement, et commencer par de petites doses de 0.25 de substance organique par jour, répétées tous les deux jours, et à partir du second septénaire tous les jours, jusqu'au vingtième jour, alors que nous augmentons à 0.50, en ayant soin de tâter la susceptibilité de l'individu, parce que, comme nous l'avons dit tout à l'heure, le sérum F a la propriété d'exciter l'appareil circulatoire, et de favoriser les pneumorrhagies.

Quoi qu'il en soit, l'effet du sérum employé contre n'importe quelle maladie ne paraît jamais avant la fin du second septénaire, et s'il survient, il ne faut pas interrompre le traitement avant la fin du mois. Lorsqu'on l'emploie contre la vieillesse, on peut prolonger la cure outre mesure, même jusqu'à la fin de la vie, car, dans ce cas, il agit à titre d'aliment régénérateur de l'organisme, qui tombe de jour en jour en détérioration.

Les doses ci-dessus n'ont qu'une valeur générale en subissant de grandes variations dépendantes de l'espèce de l'affection et quelquefois de la constitution des patients. Il n'y a que le médecin traitant qui puisse juger de la dose maxima et apprécier les résultats obtenus.

Récapitulation.

1) Le sérum F est une combinaison organométallique d'une substance extraite des tissus d'un poisson de la Méditerranée de

l'ordre de Mælactoptérygiens et de la famille de pleuronectides, avec un sel double d'or et de magnésium.

2) Il active à un haut degré les échanges nutritifs, d'où le relèvement considérable qu'il amène à l'état général.

3) C'est le plus puissant des toniques du système nerveux et le meilleur des agents antineurasthéniques.

4) Il excite les fonctions génitales d'une manière incomparable à tout autre agent thérapeutique.

5) Par son action dynamogénique il agit sur tous les systèmes organiques en diminuant l'usure des tissus, et en arrêtant la déperdition des phosphates qui entrent dans la composition des cellules nerveuses.

6) Il augmente la durée de la contraction musculaire, ce dont profitent les marcheurs, les soldats, et tous ceux qui se livrent aux exercices corporels.

7) Sur l'état psychique, il agit de la même façon en donnant une vivacité extraordinaire aux facultés intellectuelles.

8) Il est indiqué non seulement contre l'impuissance sexuelle, dont il constitue la spécifique, et la plus héroïque des médications. mais, contre toutes les maladies affaiblissantes, principalement contre la tuberculose, qu'il guérit et améliore mieux que toutes les antitoxines proposées jusqu'à présent, et cela par le relèvement de l'état général et la transformation du terrain qu'il amène.

Par l'excitation de la nutrition des tissus, il favorise la cicatrisation des ulcères tuberculeux, en atténuant l'action destructive du processus tuberculeux. Chez les prédisposés, il constitue le plus sûr des préventifs.

9) C'est l'arme la plus puissante contre la déchéance de la vieillesse en procurant un grand réconfort.

10) Son application,se faisant sans la moindre douleur,est d'une innocuité parfaite, est exempte de toute toxicité. Il n'a aucune action nocive sur le cœur.

11) Les premiers résultats n'apparaissent actuellement qu'après le dixième jour du traitement, et se conservent longtemps après la fin de la cure.

De ce qui précède, il résulte qu'une longue étude et une observation approfondie et assidue nous démontrent que la mer et les

éléments organiques qu'elle contient jouent un rôle prépondérant dans la constitution de notre organisme.

On pourrait dire qu'elle est destinée à perpétuer notre existence à la relever lorsqu'elle se trouve déprimée.

Si nous désirons vivre longtemps, cherchons dans la mer et les animaux qui y vivent notre véritable santé et la prolongation de notre existence.

Un coup d'œil sur les habitants de quelques îles de l'Orient est très didactique à ce point de vue.

On peut y voir des gens à un âge très avancé conserver une vigueur juvénile, la couleur vive de leur visage, une agilité disproportionnée à leur âge et qui doivent tout cela à l'alimentation exclusive de cette espèce d'animal.

Cet immense milieu terrestre contiendrait-il dans ses profondeurs outre ses éléments précieux pour notre santé et la guérison de beaucoup d'affections incurables, d'autres agents thérapeutiques d'une importance supérieure ?

Telles sont les propriétés thérapeutiques du sérum F, que je viens d'avoir l'honneur de communiquer, espérant que mes confrères voudront bien l'essayer et sanctionner par leurs recherches l'efficacité de ma découverte.

RECUEIL DE FAITS

SCLÉROSE BILATÉRALE DU SEIN

Guérison très rapide par le traitement mercuriel

Par le docteur L. Jullien
Chirurgien de Saint-Lazare

Les lésions syphilitiques de la mamelle sont fort rares ; le hasard m'a permis d'en observer un cas dont le traitement a parfaitement confirmé le diagnostic, et j'ai cru intéressant d'en retracer les détails dans les lignes qui suivent.

Si la discussion du diagnostic et du décours anatomo-pathologique m'entraîne à des développements qui pourront paraître disproportionnés, on m'excusera de présenter des hypothèses, et l'on voudra bien tenir compte de la circonspection dont j'ai cru devoir faire preuve.

I

Vers la fin d'octobre 1906, une dame de 45 ans m'était conduite par son mari.

Tous deux s'inquiétaient beaucoup de certaines indurations qui s'étaient produites depuis peu dans les seins de Madame.

D'ailleurs la santé générale était excellente, les règles venaient toujours très exactement, les digestions étaient bonnes, l'appétit parfait. Le poids était de 64 kil. 260.

Je m'informai avec soins des antécédents familiaux, il n'y avait rien à noter de ce côté.

J'appris que ma cliente avait été autrefois opérée d'un kyste sébacé de l'ovaire, et qu'après deux couches heureuses, elle avait eu un accident au bout de six semaines, mais que jamais elle n'avait présenté d'éruption cutanée.

Au palper, je trouvai les glandes mammaires des deux côtés normalement développées et remarquablement bien conservées.

Vers la partie cutanée du sein gauche, se trouvait,noyé dans la graisse, un lobe induré comparable à une grosse noix aplatie.Les limites en étaient d'ailleurs peu distinctes.

A droite, une nodosité existait aussi, mais beaucoup plus petite.

Aucune douleur d'ailleurs, aucune sensibilité à la pression.

J'explorai avec soin les aisselles, et ne pus constater aucun retentissement ganglionnaire.

On a beau dire et répéter que toute tumeur du sein doit être abordée chirurgicalement et dès son apparition, et que plus la santé générale est restée normale et vigoureuse, plus augmentent les chances de guérison radicale ; je ne pensai pas une minute, pour le moment du moins, au rôle possible de l'instrument tranchant, mais j'étais loin de formuler un diagnostic précis.

Je me plus à mettre ces vagues indurations sur le compte d'une ménopause prochaine, tout en me promettant de les bien surveiller.

Je prescrivis l'enveloppement ouato-caoutchouté de la région, me basant sur les effets atrophiants que cette médication (température constante, compression et sudation) exerce presque sûrement sur les tissus que gonfle l'inflammation.

Nous en avons une preuve dans le traitement de l'orchite, et c'est un excellent titre pour Langlebert de l'avoir mis en évidence.

En fait de traitement interne, j'ordonnai le lipiodol (de Lafay) qui, chacun le sait, est actuellement un des moyens les plus puissants et à la fois les plus commodes d'administrer les iodiques ; ma malade dut en prendre deux à trois capsules par jour.

Je ne revis ma malade que quarante jours plus tard ; bien que le poids eût augmenté (il atteignait alors 66 kil. 860), la partie lésée n'avait subi aucune amélioration, bien au contraire, les nodosités s'étaient précisées et avaient acquis une notable consistance.

Je restai plus que jamais perplexe sur la nature de ces lésions mysté-

rieuses, et me mis à scruter de nouveau avec ténacité les antécédents personnels du sujet avant et après son mariage. Ma recherche ne devait pas rester vaine.

Pêle-mêle me vinrent alors, énoncés tant par Madame que par son mari, les renseignements suivants :

En 1886 avaient paru des rougeurs, pour lesquelles un pharmacien donna du sirop de salsepareille ioduré (?).

En 1887, boutons au sein gauche, avec glande dans l'aisselle correspondante.

En 1894, plaie au médius droit durant deux mois.

En 1897, ulcérations fissuraires interminables des mains, de durée désespérante, quand l'excellent docteur Valmont donna la liqueur de Van Swieten à raison d'une cuillerée à bouche matin et soir. Dès la deuxième bouteille tout était terminé.

« Ah pour ça oui, dit le mari, c'est la liqueur de ma femme, et pendant plusieurs années, je n'ai pas manqué de lui en faire prendre pendant huit ou dix jours ».

Le trait de lumière avait jailli et il m'eût été difficile d'en demander davantage pour être éclairé. Je fis donc une prescription calquée sur celle de mon confrère, et j'attendis.

Quand un mois plus tard, je revis mes deux visiteurs, toute grosseur avait disparu, le sein, dont le volume s'était légèrement accru était uniformément résistant, sans aucune partie indurée. La santé générale était plus prospère que jamais, le poids du corps s'était accru jusqu'à 67 kil. 930.

Je fis néanmoins continuer la divine liqueur à la dose d'une cuillerée par jour seulement.

Un mois s'étant passé encore, je constatai de nouveau le retour à la pleine santé. La glande avait repris sa forme et sa souplesse, la menstruation était parfaite, le poids du corps avait atteint 68 kil. 200.

II

Cette observation prête à plus d'une réflexion instructive.

D'abord il est toujours intéressant de voir les personnes qui affirment n'avoir jamais rien eu, pas un bouton sur le corps, dérouler tout un chapelet d'antécédents à faire la preuve de 20 véroles ; le tout est de les y amener et de mettre le doigt sur le point sensible, de déclancher pour ainsi dire le ressort des aveux.

En second lieu, je ferai remarquer que l'affection, évidemment d'ordre tertiaire, que nous avons combattue, a cédé à la première administration du mercure, et non pas de l'huile grise ou du calomel, mais à la liqueur de Van Swieten, vieux moyen de nos pères. Cette efficacité est d'autant plus probante que pendant le premier mois du traitement, l'iodure avait été administré sans le

moindre succès. Cette notion toute moderne et qui nous a été enseignée par les résultats étonnants de Scarenzio s'impose de plus en plus, et on ne peut nier que le terrain de l'iodure ne se retrécisse de jour en jour.

Un problème essentiel retiendra en dernier lieu notre attention. Quel est au juste le caractère de l'état anormal que nous avons vu si rapidement céder au plus simple des traitements ? La question n'est pas oiseuse, même après la bonne cure, car il en est ainsi en syphiligraphie, et l'on sait que bien souvent il nous est plus facile de guérir que de bien diagnostiquer.

Si nous nous en tenons aux symptômes grossiers, nous dirons : induration diffuse fixée sur le tissu cellulaire de la glande, et respectant l'élément noble, la partie glandulaire.

Le terme de *sclérose* conviendrait exactement à cet état, qui, dans la syphilis, caractérise assez uniformément le premier stade de l'évolution morbide.

Voilà donc une induration produite au sein de la masse mammaire. Quel en sera le décours ? Il y a beaucoup de chances pour que, ayant débuté par la syphilis elle se poursuive et se *complète de même.*

Ici se pose une question très agitée de nos jours. La syphilis peut-elle ouvrir la porte au cancer ?

Au nom de l'anatomie pathologique on a répondu : Oui.

La vérole amènerait un désordre dans les organes une fois touchés, et il en résulterait une *anarchie cellulaire*, susceptible de conduire à la dégénérescence cancéreuse.

Je ferai remarquer en passant que cette nouveauté est vieille de quelques centaines d'années, et nous ramène tout droit au *cancer vérolique* de nos anciens aux *suites cancéreuses de la vérole*, dont Tronchin a tracé un si sombre tableau.

Mais, sans revenir à des faits actuellement incontrôlables, et en nous en tenant à la seule observation présente, nous pouvons nous demander si cette sclérose mammaire laissée à elle-même n'aurait pas pu devenir occasion de dégénérescence ? L'éventualité ne me paraît pas impossible. Le cancer menace tous les êtres humains, et plane particulièrement sur les seins des femmes. Ma cliente sera-t-elle épargnée ou touchée de préférence, à cause du court temps d'épreuve que la syphilis lui a imposé ?

C'est une question qui n'appartient qu'à l'avenir. On notera

en tous cas que, si négligeable qu'elle paraisse, cette légère indisposition n'avait pas été sans retentir sensiblement sur l'état général, puisque le poids normal de ma cliente revenue à la santé était de 68 kil. 200, au lieu de 64 kil. 260, poids qu'elle présentait à sa première visite.

NOTE SUR LA CONTAGION DE LA PELADE

Par le Docteur Paul Eck.

La nature contagieuse de la pelade est niée chaque jour et M. Jacquet a entrepris contre elle une lutte acharnée. A l'entendre, la contagion de la pelade serait un mythe et on pourrait impunément s'y exposer, on pourrait sans crainte se couvrir de chapeaux ayant coiffé des peladiques ; il n'y aurait aucun inconvénient à se servir d'objets de toilette appartenant à ces malades ; il serait inutile de recourir au traitement par les parasiticides ; le dentiste voilà le sauveur. Certes, les exemples donnés par M. Jacquet paraissent des plus probants, mais si l'on est appelé à observer des cas de pelade, on est cependant obligé de reconnaître que bien souvent la contagion n'est pas niable.

L'an dernier, vient me trouver à ma consultation M. X... qui avec désolation me raconte son histoire. Il y a deux ans est apparue la première plaque de pelade, il faut reconnaître que l'origine de cette plaque initiale est inconnue. M. X... consulte un spécialiste qui lui prescrit des applications d'acide acétique. Au bout d'un certain nombre de jours, les cheveux repoussent, mais entre temps d'autres plaques apparaissent, qui ne tardent pas à être très nombreuses. Ce malade se rend chez divers médecins, les uns emploient l'acide acétique, les autres le sublimé, d'autres l'envoient chez le dentiste ; rien n'y fait, une plaque guérit, d'autres apparaissent. De guerre lasse, M. X... abandonne les médecins, pendant plusieurs mois il ne subit aucun traitement et malgré le bon état de sa mâchoire, ses plaques ne guérissent pas. M. X... était jovial et bon garçon, mais voyant qu'il ne pouvait arriver à se débarrasser de sa maladie il devint extrêmement nerveux. Dans le cas présent, il ne faudrait donc pas dire que le tempérament nerveux a amené le développement de l'alopécie peladique, tout au contraire c'est l'alopécie peladique qui a amené le développement du tempérament nerveux. Un ami commun m'amène ce monsieur à ma consultation. Je constate, disséminées sur le cuir chevelu, de nombreuses plaques peladiques nettes et de dimensions variées, il n'y avait aucun doute à avoir sur la nature de l'affection. Je

prescris à mon malade des applications d'un crayon à base de chrysarobine et tous les jours une lotion parasiticide. J'engage en outre mon malade à garnir l'intérieur de son chapeau d'une coiffe en papier qu'il brûlera chaque jour et à frotter journellement le cuir de ce chapeau avec la lotion parasiticide, je lui fais enfin strériliser ses objets de toilette. Quelques semaines après,mon malade vient me revoir, il a suivi méticuleusement mes conseils et depuis sa visite il n'est pas apparu une nouvelle plaque et les anciennes sont en très bonne voie. En deux mois la guérison est complète. J'engage M. X... à continuer pendant quelque temps les lotions parasiticides et les soins de propreté. La guérison s'est maintenue depuis et mon malade a repris sa bonne humeur d'antan.

M. Y... a suivi pendant longtemps à la consultation de l'hôpital Saint-Louis un traitement pour de nombreuses plaques de pelade, frictions à l'acide acétique, lotion parasiticide. La guérison ne survint qu'après plusieurs années vers le début de l'hiver dernier et pendant plusieurs mois la pelade fut totalement absente. Au début d'avril, M. Y... profite d'un rayon de soleil pour sortir de ses armoires un chapeau de paille qu'il avait mis durant la saison dernière. Quelques semaines après, apparaît sur la portée postéro-supérieure droite du crâne une plaque de pelade qui présentait quand j'ai vu ce malade les dimensions d'une pièce de deux francs avec cheveux massués. Ce malade était navré à la pensée de voir sa pelade reprendre l'extension des années précédentes. Je le soumets au même traitement que M. X... avec le même heureux résultat. J'insiste sur ce point qu'à l'hôpital M. Y... avait subi un traitement à peu près identique les années précédentes mais sans obtenir une rapide guérison, on ne lui avait pas indiqué les soins minutieux que je lui ai prescrit, coiffe en papier quotidiennement brûlée, nettoyage du cuir des chapeaux, stérilisation des objets de toilette.

Pour le troisième cas, je ne puis apporter aujourd'hui le résultat du traitement, celui-ci n'ayant pu être commencé; mais j'espère dans une prochaine communication pouvoir annoncer une guérison aussi rapide que dans les cas précédents. J'avais constaté qu'un jeune employé d'un de mes amis portait à la région postéro-supérieure droit du cuir chevelu une plaque alopécique de nature suspecte, j'étais intrigué par cette plaque et un beau jour je demande à mon ami la permission d'examiner son employé. Il s'agissait d'une plaque de pelade des dimensions d'une pièce de un franc. Sur ces entrefaites ce malade fit venir à Paris son jeune frère qui entre également chez mon ami; à cette époque il présentait un cuir chevelu intact. Quelques mois après, je vis au même point que chez son aîné une plaque que je reconnus pour une plaque de pelade et j'appris que le plus jeune usait les chapeaux de son frère, Chez ces deux jeunes gens l'état de la dentition est bon et il n'existe aucun trouble nerveux.

Voilà donc trois cas de pelade. Le premier malade a passé successivement du médecin au dentiste, pour revenir du dentiste au médecin ; il a essayé une série variée de traitements et, de guerre

lasse il a tout abandonné. Je lui prescris un traitement parasiticide, je lui fais prendre de méticuleuses précautions pour éviter la reproduction sur place de la maladie et la guérison ne tarde pas à survenir. M. X..... était un nerveux quand je l'ai vu, cela est vrai, mais comme je l'ai signalé le nervosisme ne s'est développé que consécutivement à la pelade et n'a disparu qu'après la guérison du cuir chevelu, celle-ci étant survenue malgré lui. *Sublata causa, tollitur effectus.*

Dans le deuxième cas, nous voyons M. Y..... atteint une première fois de pelade, guéri après un très long traitement à l'Hôpital Saint-Louis, avoir une nouvelle poussée au début de la nouvelle saison, après avoir repris un chapeau qu'il portait l'an dernier durant sa maladie. Les parasiticides, les soins minutieux, le débarrassèrent de sa pelade.

Dans un troisième cas, il s'agit de deux frères, le premier a une plaque de pelade depuis longtemps ; le plus jeune arrive à Paris, cuir chevelu intact ; il porte des chapeaux ayant appartenu à son aîné, une plaque se développe en un point identique à celle de son frère. Dentition excellente, pas de troubles nerveux.

Il est certain que les tentatives d'inoculation ont toutes échoué, que bien des individus ont été mis dans les conditions où se sont trouvés mes malades sans qu'il en ait résulté aucun accident, mais des faits comme les miens ne sont plus rares et j'estime que si on ne peut réussir à provoquer expérimentalement la pelade, c'est que nous ignorons l'ensemble des conditions nécessaires au développement de cette maladie, mais que la pelade, la vraie pelade, est contagieuse.

REVUE ANALYTIQUE

NÆVI

Bettmann : **Sur le nævus acnéiforme.** (*Arch. f. Derm. u. Syphilis*, t. LXXX, p. 63.) — B. ajoute une nouvelle obs. aux cas de Selhorst et de Thibierge, il fait une longue revue de la question. Il conclut que la lésion est formée par l'agglomération des follicules, que sa localisation paraît traduire des troubles de développement remontant à la période fœtale, et qu'il s'agit probablement d'une anomalie dans la fermeture des fentes fœtales. A lire dans l'original. C. A.

J. Csillag : **Sur les nævi symétriques de la face.** (*Arch. f. Derm. u. Syph.*, t. LXXX, p. 37.) — Une observation typique intéressante par la constatation de cellules géantes et de l'hyperpigmentation dans la couche papillaire. C. A.

G. Pollio: **Sur les nævi pigmentaires.** (*Arch. f. Derm. u. Syph.*, t. LXXX, p. 47.)— P. a examiné des nævi pigmentaires bruns lisses ; des éphélides, des lentigines, des taches d'une maladie de Recklinghausen. Il distingue : 1° des nœvi pigmentaires purs ; 2° des nœvi mous pigmentés ; 3° des taches pigmentaires avec acanthose et infiltration du derme, mais sans nids d'inclusion cellulaire, comme dans les nœvi mous. C. A.

PITYRIASIS ROSÉ

Brocq : **Eruptions intermédiaires au pityriasis rosé de Gibert et aux séborrhéides psoriasiformes. Quelques généralités sur les faits de passage et la représentation graphique des dermatoses.** (*Presse médicale*, 11 juillet 1903.) — Chez un enfant de 12 ans est apparue sur la poitrine, il y a 15 jours, une plaque éruptive qui rappelle tout à fait une plaque primitive de pityriasis rosé de Gibert. Secondairement, s'est développée une éruption, maintenant presque généralisée et qui a tout à fait les mêmes caractères objectifs que les séborrhéides psoriasiformes superficielles ; il existe du pityriasis capitis. Cette éruption est intéressante; en effet, cette dermatose par son mode de début rappelle tout à fait le pityriasis rosé de Gibert; d'autre part l'aspect de l'éruption secondaire cadre bien avec le diagnostic de séborrhéide psoriasiforme. Ce cas conduit à admettre qu'entre les deux types classiques, pityriasis rosé de Gibert et séborrhéides psoriasiformes il y a toute une série de faits de passage. On peut actuellement schématiser deux groupes de ces faits de passage comme il suit: l'un est très voisin des formes membraneuses du pityriasis rosé; l'autre est plus voisin des séborrhéides psoriasiformes que le précédent. Du reste: ces faits se retrouvent pour l'ensemble des dermatoses entre chaque type morbide cutané, il existe une série complète de faits de passage établissant entre eux d'intimes traits d'union. En songeant à cette constitution intime des dermatoses, l'auteur s'est demandé si l'on ne pourrait pas la rendre tangible et compréhensible pour tous à l'aide de la méthode graphique. Chaque groupe morbide, dit-il, doit être considéré non pas comme une sphère, à limites étroites, mais en réalité comme une sorte de nébuleuse à limites imprécises, formée d'un agrégat d'étoiles, c'est-à-dire de faits, et dont les prolongements de plus en plus indistincts, c'est-à-dire de moins en moins riches en faits, vont se confondre avec les prolongements des nébuleuses voisines, c'est à-dire des groupes morbides voisins. La vraie conception des types morbides cutanés les assimile à un immense réseau en apparence inextricable, mais au fond parfaite-

ment bien défini. Malheureusement, il est fort difficile de le représenter graphiquement. L'auteur donne un graphique s'appliquant aux deux grands groupes dermatologiques dont il a parlé à propos du cas relaté au début de son travail. Il termine en faisant remarquer que c'est bien à tort qu'on adressé à la méthode graphique le reproche de compliquer les conceptions dermatologiques : elle les rend au contraire beaucoup plus claires, car elle les rend vraies. M. D.

MONTGOMERY : **Pityriasis rosé.** (*Journ. of. cut. Dis.* avril 1906, p. 167.) — Travail d'ensemble, qui rappelle les beaux travaux de Brocq sur le rôle de la plaque primitive, basé sur 38 nouvelles observations. M. insiste sur le diagnostic différentiel avec la séborrhée et les séborrhéides. Les séborrhéiques n'auraient pas fréquemment de pityriasis rosé. L'origine constitutionnelle du pityriasis rosé paraît peu probable à M., il est plutôt tenté d'en faire une affection parasitaire locale. Il recommande l'emploi comme traitement des frictions au savon vert une ou 2 fois par jour pendant 6 jours, suivies de poudrages pendant un autre jour avec une poudre indifférente, puis on donne un bain, on peut ajouter 2 % de naphtol au savon vert. Mais ce traitement est désagréable et irritant, on peut le remplacer par des bains quotidiens de demi-heure additionnés de 2 ou 3 cuillerées à soupe de Condy's Fluid suivis d'une large application sur la peau d'acide salicylique (3 à 5 %). J. M.

SZABOKY : **Contribution à l'étude de l'étiologie du pityriasis rosé.** (*Mon. f. p. Drm.* 15 mai 1906, 42Bd, nº 16, p. 49-50.) — Travail basé sur 119 cas. L'A. conclut à la non-contagiosité, et à l'absence de parasite causal. La marche de la maladie empêche d'admettre les troubles digestifs, comme facteurs pathogènes. Les phénomènes nerveux réflexes ou vaso-moteurs observés (rougeur, pâleur, palpitations) rendent vraisemblable une disposition spéciale provoquée par un trouble de l'innervation de la peau. J. M.

TOWLE : **Pityriasis rosé.** (*J. C. D.*, 1904, p. 177.) — De l'analyse de 202 cas de pityriasis rosé, T. conclut que l'affection survient à peu près avec la même fréquence sous la forme maculeuse et circinée. Les régions les plus atteintes sont le tronc et la partie supérieure des membres ; l'éruption n'est qu'exceptionnellement localisée à une seule partie. La plaque primitive n'est pas constante. La maladie est plus fréquente à l'automne et se rencontre plutôt chez la femme. Elle sévit à tout âge, mais surtout de 20 à 30 ans. Elle débute généralement sans prodromes et ne s'accompagne pas de troubles de la santé générale. Le prurit n'est pas constant. Les récidives sont rares ; le sexe, la profession, sont sans action. Les modificateurs sanguins ne paraissent pas caractéristiques ; au point de vue histologique, le derme est surtout atteint. J. M.

PITYRIASIS RUBRA

Hall : **Pityriasis rubra pilaire chez une enfant de quatre ans.** (*B. J. D.*, nov. 1903, p. 403.) — Juive, 4 ans 1 /2. Eruption survenue il y a trois semaines sur le tronc et ayant graduellement envahi la tête, le corps et les membres. Pas d'antécédents. L'éruption présente trois aspects différents suivant la partie du corps examinée. 1° sur l'abdomen et les membres inférieurs, papules arrondies, rouge brillant à sommet aplati variant comme dimensions de 2,5 mm. à 1 mm. au moins, les plus grosses sur l'abdomen, acuminées sur les jambes. Sur beaucoup de papules on voit des poils au centre. Quelques-unes sont recouvertes d'écailles argentées. Où les papules ne sont pas trop conglomérées, on voit bien leur disposition linéaire, surtout au tour de l'ombilic ; 2° sur la poitrine, le dos, les fesses, les bras, les papules forment un revêtement continu, rouge brillant, rude au toucher, plus ou moins squameux ; 3° sur le cuir chevelu, la face, les oreilles, les paumes et les plantes, érythème exfoliant diffus ; on ne voit plus de papules distinctes ; la peau est d'un rouge brillant, plus ou moins marqué par les squames argentées variant comme dimensions de grosses écailles à une fine poussière ; aux pieds, c'est surtout la plante et le talon qui sont atteints. Muqueuses saines. Bon état général. Traitement : Pommade salicylée à 5 %. Bains alcalins. Guérison en un mois et demi. A noter l'absence de cônes cornés dans les papules et de papules foncées sur le dos des doigts peut-être due au jeune âge de l'enfant et au développement graduel en étendue des papules conjointement avec l'aplatissement du sommet et la disparition du contour circulaire. J. M.

Montgomery et Bassoe : **Un cas de pityriasis rubra du type Zeht avec autopsie.** (*J. C. D.* juillet 1906, p. 298.) — Fermier, 46 ans, asthmatique, a noté une amélioration de son asthme depuis le début de la maladie de la peau. Alcoolique, boit beaucoup de café. Grand fumeur. Début en février 1904 par une large bulle sur la plante du pied droit. Progressivement, toute la plante s'est prise. Le pied gauche a été atteint au bout de peu de jours par une éruption érythémato-vésiculeuse ; une semaine après, les deux fesses étaient prises de la même façon. En un mois, presque toute la surface du corps était couverte d'un rash rouge un peu desquamant. Pendant les premières semaines de l'éruption, le prurit et la brûlure étaient douloureux, parfois suintement localisé par suite probablement du grattage. Peu après l'exanthème se généralisa, l'infiltration fut intense ; depuis les derniers 16 mois, la peau n'était restée que rouge et squameuse. 2 mois après, l'éruption s'était généralisée, les poils du pubis étaient tombés comme les sourcils, qui, eux, repoussèrent. Epaississement et desquamation des paumes et plantes. 4 mois après, toute la peau était rouge, desquamait abondamment, sa couleur était rouge sombre, ou cendrée ; les membres étaient le plus foncés. Squames fines, abondantes de toutes les parties du corps **sauf des**

paumes et des plantes où la peau était fort épaissie. Peau légèrement épaissie, œdémateuse, infiltrée. Cuir chevelu rouge, couvert de fines squames moins abondantes qu'ailleurs. Cheveux et poils de la barbe et des moustaches étaient courts, durs, minces. Le pubis n'avait pas de poils. Sillons transverses sur les ongles un peu épaissis. Prurit,sensation de brûlure,mais pas d'excoriations ni de traces de grattage, grande susceptibilité au froid, même pendant les chaleurs de l'été. Troubles mentaux, démence. Traitement symptomatique, mort dans le coma. J. M.

Vignolo-Lutati : **Sur le pityriasis rubra pilaire.** (*Arch. f. Derm.u. Syph.*, t. LXXIX,p. 272.)— Obs. d'un homme de 46 ans.L'examen microscopique montre surtout des lésions d'hyperkératose, particulièrement au niveau des follicules. L'auteur a recherché l'état des extrémités nerveuses. Dans les couches profondes du chorion, il a trouvé de la sclérose de quelques-uns des nævi communicantes. Il est disposé à croire que le pityriasis rubra pilaire est peut-être une maladie d'auto-intoxication. C. A.

PURPURAS

A. Jamieson : **Les purpuras.** Communication au Congrès inter. de Madrid. (*Rev. Esp. de Derm. y. Sif.*, mars 1906, p. 97.) — On peut définir le purpura : « des extravasations spontanées du sang dans la peau, les muqueuses et les organes internes du corps ». C'est un symptôme de causes variées et actuellement encore mal définies. A côté des purpuras traumatiques, l'effusion de sang dans les tissus peut être le résultat d'une interruption de la circulation (cardiopathies, surtout aortiques goutteux) ; on la rencontre sous la conjonctive oculaire, sur le milieu du blanc de l'œil ou sur le blanc tout entier ; elle dure quelques jours puis le coagulum finit par être absorbé. Le purpura dit rhumatismal est très voisin sinon identique à l'érythème exsudatif polymorphe. On y trouve des thromboses capillaires avec des taches de sang qui surviennent d'abord aux membres inférieurs ; avec douleurs arthritiques ; parfois, il peut se produire de véritables crises de rhumatisme, absolument indépendantes du purpura. Même siège que l'érythème polymorphe : tous les âges y sont sujets. Dans le même type, rentre le purpura de Zenoche, qu'Osler range aussi parmi l'érythème polymorphe, avec complications viscérales, coliques, vomissements,douleurs articulaires pongitives. Un autre type de purpura est d'origine médicamenteuse (iodure de potassium). La rougeole peut se compliquer de purpura. Dans la variole, l'éruption définitive ne se présente jamais ; elle est remplacée par un purpura hémorrhagique bien net presque invariablement mortel. Le scorbut se distingue du purpura par son origine spécifique. J. l'a trouvé : 1° chez les ouvriers travaillant loin de chez eux, privés d'aliments végétaux ; 2° chez des femmes confinées, vivant de pain et de thé ; 3° chez des enfants nourris de lait bouilli

ou stérilisé ou privés de lait épais. L'hémophilie peut provenir d'un défaut originel du sang, d'un trouble du pouvoir coagulant, d'un défaut de contractilité vasculaire, d'une délicatesse spéciale des tissus. L'hémorrhagie peut ne se produire que dans les organes intérieurs ou les cavités, sans apparaître simultanément sur la peau. Le purpura dit idiopathique n'a pas de cause connue. Dans le scorbut, la cause directe de l'hémorrhagie est probablement une dégénérescence graisseuse de l'élément musculaire des parois vasculaires. L'iodure de potassium abaisse le tonus musculaire des vaisseaux et diminue leur résistance. L'hémorrhagie a souvent lieu dans la partie supérieure de l'hypoderme et la partie inférieure du chorion,dans la région du réseau vasculaire inférieur. Dans le purpura hémorrhagique, les hémorrhagies sont dues à des embolies infectieuses, des modifications nutritives produites dans les parois capillaires par les bactéries. Ces modifications peuvent varier de la dégénérescence granuleuse la plus infime à la nécrose la plus complète. Le purpura rhumatismal, le purpura simplex, ne diffèrent de la forme hémorrhagique que par le moins de gravité. Comme traitement, J. prescrit le repos horizontal et parfois aussi l'élévation des membres inférieurs. Régime approprié. Unna vante l'arnica en poudre, solution, pilules pour favoriser l'absorption du sang en travail. Comme prophylactique, on pourrait recommander l'ergot de seigle, avec un acide minéral; mais en dehors des formes scorbutiques ou médicinales, il n'existe pas de remède certain. J. M.

De Raffin de la Raffinerie : **Purpura et tuberculose.** (*Thèse de Bordeaux*, 24 mai 1905.) — Le purpura peut apparaître dans toutes les formes et à toutes les périodes de la tuberculose. Les lésions pleuro-pulmonaires prédominent, la période cachectique est fréquemment notée. Mais le purpura peut précéder, sous forme d'une ou plusieurs poussées,la tuberculisation en foyer. Sabrazès a ainsi décrit une observation de purpura orthostatique au cours d'une fistule à l'anus et d'une tuberculose non ouverte, lente et fibreuse des poumons. L'A. fait du purpura un symptôme de plus de la prétuberculose, dont l'importance est évidente pour la précocité du diagnostic et du traitement. Le purpura se présente sous la forme de taches ecchymotiques cutanées ou s'accompagne d'hémorrhagies des muqueuses (épistaxis notamment) qui peuvent précéder tout autre symptôme de purpura. Le purpura peut coïncider avec de l'érythème polymorphe et l'A.y voit une parenté pathologique entre ces deux affections. Ces érythèmes se rapprochent,du reste,de certaines formes de tuberculoses. Le purpura des tuberculeux est dû soit à des infections ou à des intoxications secondaires, soit à des lésions tuberculeuses pleuro-pulmonaires fermées, à des lésions ganglionnaires, testiculaires ; ne relevant que de l'infection bacillaire seule, qui agit alors vraisemblablement grâce à la coexistence de lésions hépatiques et nerveuses. L'examen du sang montre un retard dans la coagulation et surtout dans la rétraction du caillot qui parfois ne se

fait pas ; mais la seule lésion constante est la diminution des plaquettes sanguines pouvant aller jusqu'à leur disparition. Tous les agents susceptibles d'activer la coagulation du sang (gélatine, chlorure de calcium, ratanhia, perchlorure de fer) sont indiqués dans le traitement du purpura, de même que les vaso-constricteurs (ergot, et ses dérivés, adrénaline); on y joindra le traitement de la tuberculose. J. M.

TÖRÖK : **Les purpuras.** Communication au Congrès Inter. de Madrid. Section de Derm. et de Syph. (*Rev. Esp. de Derm. y. Sif.*, mars, avril et mai 1906, p. 105, 145, 193.) — De ce volumineux rapport, il résulte que,suivant Török, on doit donner le nom de purpuras aux maladies primitives du sang ou des tissus qui le régénèrent accompagnées de la production d'hémorrhagies. Ces maladies sont : le scorbut, la maladie de Werlhoff,les purpuras hématiques du type toxi-infectieux, avec ou sans lésion des organes hématopoiétiques. Les purpuras du type Werlhoff sont ceux qui présentent les altérations hématiques les plus typiques, sans arriver à être spécifiques. Leur provenance de la moelle osseuse paraît très probable. Les purpuras du 3e groupe n'ont pas de caractères étiologiques cliniques, ni anatomo-pathologiques certains, on finira probablement par les ranger parmi les secondaires. Török propose de désigner tous les syndrômes purpuriques d'entéropathiques sous le nom de purpurisme. J. M.

URTICAIRE

G. LITTLE : **Contribution à l'étude de l'urticaire pigmentée.** (*Brit. Journ. of Derm.*,1905,pp. 355,393, 447 et 1906, p. 16.) — 14 observations personnelles avec examen histologique à l'appui.L'urticaire pigmentée n'est pas aussi rare qu'on l'a cru. Sur 154 cas, 62 sont de source anglaise,y compris les 14 de L.39 viennent d'Allemagne et 24 de France, 16 d'Amérique, 13 d'ailleurs. L'affection est rarement congénitale. Dans 71,1 % des cas, elle est apparue avant la fin de la 1re année. Dans plus de la moitié des cas, elle se montre avant 6 mois (55 %) et avant la fin de la 1re année (70 %). Les adultes sont rarement atteints. Dans 14 % des cas,les malades avaient au moins 13 ans. Les femmes sont plus souvent atteintes (61,7 %). L'hérédité n'est pas certaine ; elle paraît même plutôt rare. La maladie paraît plus fréquente chez les blonds que chez les bruns. La race teutonique est plus affectée que la race latine. L'éruption commence généralement par être urticarienne, la pigmentation survient plus tard. Assez souvent, les macules apparaissent spontanément sans éruption antérieure, souvent l'éruption débute par des bulles. Causes déterminantes variables : vaccine, varicelle, émotions morales. piqûres d'insectes (Hutchinson), bains sulfureux, piqûres de morphine chez la mère pendant la grossesse. Plus souvent on ne trouve pas de cause. L'éruption survient parfois après un malaise général ;

elle se développe d'ordinaire par crises aiguës. L'éruption revêt 3 types : maculeux, nodulaire, ou maculo-nodulaire. Le tronc est le plus souvent atteint et notamment le dos ; la face,les paumes, les plantes sont le plus rarement et le plus tardivement pris.Pour L.. l'affection n'aurait pas à proprement parler de siège de prédilection. Lésions buccales incertaines, plaques brun jaunâtre, un peu surélevées, sur la muqueuse, sans phénomènes subjectifs. La lésion typique est une macule ou parfois un nodule ; parfois les deux lésions sont connexes. La couleur varie du brun jaunâtre au brun foncé rouge, mais généralement homogène, plus foncée d'ordinaire aux membres inférieurs. La couleur est fugace, rouge quand la lésion est irritée (frottements,froid).Les nodules sont généralement plus foncés. La forme est généralement ovale ou circulaire, quand la lésion est petite et bien limitée, parfois des plus irrégulières. Eléments discrets ou agglomérés, surtout dans la forme maculeuse. Pas de pigmentation absolument généralisée. Le type reste constant chez le même sujet. La lésion présente un aspect chagriné (Raymond) : nombre indéterminé.Production parfois artificielle ou spontanée.La pigmentation dure des années (50 ans, Darier), cicatrices consécutives rares. Prurit, généralement modéré ; pas de troubles graves de la santé générale. Symptômes associés : dermographisme et adénites. Pronostic bénin mais maladie longue. Quant à l'histologie, L. a trouvé : surtout des mastzellen (Unna), l'œdème intra-cellulaire de l'épiderme, absence ordinaire de kérato-hyaline, pigment en rapport d'abondance avec celle des mastzellen,sis dans des cellules spéciales, altérations du tissu conjonctif. L'affection se rapproche du xanthôme ; elle reconnaît souvent pour cause le nervosisme. Les piqûres d'insectes ont une importance moins certaine. Les globules rouges sont modifiés, résistent plus aux agents destructeurs. La teneur en sels du sang est augmentée ; la teneur en sels de chaux n'est au moins pas diminuée, ce qui différencie nettement cette affection de l'urticaire vulgaire. On doit la considérer comme voisine des maldies dites sanguines ; peut-être faudrait-il le placer entre les purpuras et les urticaires. Travail des plus documentés, à consulter dans l'original. J. M.

J. M. Miller : **Cas d'urticaire menstruelle.**(*Med. Rec.*13 mai 1905.) — On admet dans les ouvrages de dermatologie que les affections fonctionnelles organiques de l'appareil génital de la femme sont des causes d'urticaire. Néanmoins,l'auteur n'a observé que très peu de cas d'urticaire associée à la menstruation. On cite davantage des exemples d'éruptions érythémateuses et de troubles vasomoteurs variés ressemblant à l'œdème angioneurotique ou à l'érythème exsudatif. Des cas rapportés, il résulte que l'urticaire ordinaire est la plus rare des éruptions parfois observées avec la menstruation. Ces éruptions précèdent la période de plusieurs jours. Le cas de l'auteur est celui d'une fille de 15 ans, menstruée pour la première fois à 12 ans. Les règles,d'abord irrégulières,surviennent maintenant toutes

les quatre semaines et durent trois ou quatre jours. L'urticaire a fait son apparition lorsque les règles devinrent régulières, elle se montre sept à huit jours avant et cesse deux ou trois jours avant chaque période. Plus rarement elle persiste pendant les règles. Dans l'intervalle la malade n'a aucune éruption. Il est arrivé qu'à la suite d'un changement de résidence, la malade n'a pas eu ses règles pendant deux mois, et pendant ce temps elle a été débarrassée de son éruption. Il n'existe pas d'autres troubles, le tempérament est seulement nerveux, et aucun membre de la famille de la jeune fille n'est atteint d'urticaire. Jamais il n'est survenu de douleurs abdominales, ni aucune complication. L. J.

PARAMORE : **Etude expérimentale sur quelques cas d'urticaire.** (*Brit. Journ. of. Derm.* août 1906, p. 274.) — De 10 nouveaux cas, P. conclut que l'urticaire est plus souvent due à une altération des constituants du sang qu'à une altération acquise ou inhérente ou à une dégénérescence des tissus ou des vaisseaux. Il divise l'urticaire en 3 groupes, suivant qu'elle est due à la décalcification, à une altération de la teneur du sang en sel, à une origine toxique ou inflammatoire : générale, papuleuse ou locale (insectes, orties). Ces groupes ne sont pas nettement séparés, peuvent passer de l'un à l'autre ou se combiner entre eux. Comme facteurs secondaires adjuvants ou peut être déterminants (dégénérescence acquise ou héréditaire, altérations de la peau), le mécanisme vasculo-nerveux joue peut-être un certain rôle. J. M.

L. TŒRŒK et P. HARI : **Recherches expérimentales sur la pathogenèse de l'urticaire.** (*Pester med. chir. Presse*, nos 32 et 33, 1903.) — Pour les auteurs, l'urticaire est une inflammation provoquée par la présence, sur la peau ou dans le torrent circulatoire, d'un élément pathogène qui parvient à modifier à tel point les parois vasculaires qu'elles laissent passer un sérum beaucoup plus riche en albumine que le sérum normal. La lésion vasculaire est peu marquée et disparaît rapidement. La théorie angionévrotique classique est donc abandonnée par les auteurs : ils ont cherché à démontrer expérimentalement le bien fondé de leur hypothèse. Il s'agissait de résoudre les questions suivantes : 1° Existe-t-il dans l'organisme normal des substances dont l'action locale sur la peau peut provoquer un œdème urticarien ? 2° Dans l'état pathologique, des substances se forment-elles, dont l'action locale sur la peau provoque de l'urticaire ? 3° Y a-t-il des médicaments provoquant de l'urticaire, et peut-on le démontrer en faisant des applications locales ? La sensibilité cutanée varie d'un chien à l'autre et pour le même chien suivant les régions où l'on injecte. Un tube capillaire effilé est piqué dans la peau ; il contient la substance en expérience . Une série considérable de produits provoquent de l'urticaire dans ces conditions, et les auteurs ont adopté 3 groupes à ce point de vue : 1° *Aucun œdéme ne se montre* : acétone, glycogène, créatinine, indol, scatol,

tyrosine, bilirubine, sels de calcium, de sodium, de potassium, de plomb, glycérine, alcool à 50 %, etc., etc. ; 2° *Phlyctène peu élevée* : eau chaude, acide oxalique, formique, urique, globuline, syntonine, caséine, antifébrine, bouillon contenant de la toxine de rouget, du porc, etc. ; 3° *Substances provoquant des lésions urticariennes typiques* : peptone, pepsine, trypsine, acide butyrique, caprylique, palmitique,stéarique,lactique,propionique, chlorhydrique, cadavérine, putrescine, urée, phénol, antipyrine, phénacétine, morphine, atropine, sérum antidiphtérique, bouillon contenant de la toxine de staphylocoque pyogène doré ou de coli-bacille, etc. Il semble légitime de conclure de ces expériences que la phlyctène urticarienne provient de l'action directe de substances du 3e groupe introduites dans le chorion. La durée éphémère des lésions tient an peu d'intensité de l'action irritative, en tout cas, il semble inutile de faire intervenir, pour l'interprétation du phénomène, des troubles angionévrotiques. E. V.

VÖRNER : **Un cas d'urticaire pigmentée maculeuse.** (*Derm. Zeit.* 1906, p. 274.) — Veuve de 38 ans,dyspeptique, atteinte depuis plus d'un an d'une éruption maculeuse en plaques, qui ne s'est jamais modifiée. Le tronc fut pris le premier, puis ce furent les bras et les cuisses. Les plaques, d'abord rouges, devinrent graduellement jaune brun. Pas de prurit. Comme dimensions, les plaques varient de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'une lentille ; leur forme est ronde ou ovale et dans ce cas leur grand diamètre est situé dans le sens des plis de la peau. Nuances diverses variant du rouge vif au brunâtre, suivant leur âge ou le degré de pression qu'on leur fait subir. Pas d'élevure au-dessus de la peau. Les poussées se font symétriquement. Pas de dermographisme. L'examen histologique démontre qu'il s'agit bien d'urticaire pigmentée, comme le faisait supposer la chronicité des efflorescences, à noter les petites élevures qui se changent progressivement en plaques. Pas de préstade urticarien vrai.V. dénomme ce cas « maculeux » pour le différencier de forme nodulaire, xanthélasmoïde de Fox. J. M.

BLENNORRHAGIE-GONOCOQUE

G. BÆRMANN : **Nouvelles recherches sur la pathologie de l'épididymite blennorrhagique.** (*Arch. f. Derm. u. Syph.* t. LXXVII, p. 35.) — B. rappelle que les travaux antérieurs ont montré le rôle immédiat du gonocoque dans la genèse de l'épididymite blennorrhagique. D'autre part, il paraît établi que le cheminement du gonocoque se fait à travers le canal déférent, et que le point de départ git habituellement au commencement du canal épididymaire. Les recherches histologiques ont aussi montré que la maladie amenait des destructions étendues du conduit épididymaire et que sa guérison intégrale était à peu près impossible. B. distingue 2 formes: dans la *première*,abcès circonscrit et limité, avec destruction total du canal ;

dans la *seconde* infiltration par des nodules infiltrés de sérosité ou de pus. B. se demande si, pour prévenir l'azoospermie qui succède à l'épididymite blennorrhagique, il n'y aurait pas lieu d'opérer une transplantation du déférent (opération de Bardenheuer), sur la tête de l'épidididyme. Il relate un certain nombre d'expériences antérieures ou personnelles. Mais les résultats ne paraissent pas encourageants en ce qui touche la réapparition du spermatozoïde. B. pense que la meilleure méthode consiste à soigner immédiatement et correctement la blennorrhagie pour éviter l'épididymite. C. A.

BOADA **Exposé abrégé du traitement de la blennorrhagie aiguë.** (*Rev. Esp. de Derm. y. Sif.* 1905, p. 433.) — Après une étude de l'étiologie des soins hygiéniques, une revue des traitements, en usage, B. conclut que le lavage de la vessie est le seul traitement complet pouvant juguler la maladie dès le début en supprimant rapidement la suppuration. Les substances les plus pratiques à recommander sont actuellement le protargol et le permanganate de potasse ; le premier est plus efficace, moins caustique et peut s'employer en solutions plus concentrées. J. M.

C. CRONQUIST : **Un cas de folliculite cutanée à gonocoques.** (*Arch. f. Derm. u. Syph.*) — Un homme de 21 ans, atteint de chaudepisse, présente à 0m.03 au-dessous de l'ombilic un petit nodule superficiel suppuré. Au microscope : folliculite fibro-sébacée avec périfolliculite ; présence de gonocoques non douteuse dans le pus du petit abcès profond. C. A.

REMEGIO JUNCA : **Traitement de la blennorrhagie.** (*Rev. Esp. de Derm. y. Sif.*, juin 1906, p. 268.) — Reprenant l'idée de Chéron, J. emploie l'acide picrique en solution dans l'eau bouillie à 5/1000. Il fait uriner le malade puis lui donne deux fois par jour une injection avec une seringue ordinaire ; le liquide est gardé 5 minutes dans l'urèthre. Jamais d'accidents. Résultats toujours heureux. Aucune blennorrhagie n'a résisté plus de 10 jours à ce traitement interne. J. M.

KAUFMANN : **Santyl, nouvel antiblennorrhagique.** (In *J. f. D.* 1905, Bd. 41, n° 4, p. 555.) — Dérivé de l'huile de santal, le santyl est une huile jaune, d'odeur légèrement aromatique, presque sans saveur, on la prescrit surtout en gouttes dans le lait à la dose de 50 à 60 gouttes en une seule fois, ou par 25 à 30 gouttes après ou pendant le repas. On peut aussi la prendre dans de l'eau ou pure. Dans la blennorrhagie aiguë, l'A. l'a prescrit 2 fois par jour, matin et soir, à la dose de 40 à 50 gouttes, ce médicament est très efficace contre la blennorrhagie postérieure. Il n'a aucun effet nuisible sur les fonctions gastro-intestinales ni sur les reins. J. M.

M. ERN. LANE : **Traitement de la blennorrhagie.** (*Clinical Journal*, 1er nov. 1905.)—Dans cette leçon, l'auteur fait remarquer la difficulté

de guérir cette maladie qui est excessivement répandue (20 p. c. des hommes, 5 p. c. des femmes). Il insiste sur le peu de place qu'on accorde au chapitre du traitement dans les traités et rappelle que la blennorrhagie est une infection qui n'est pas seulement limitée à la muqueuse de l'urèthre, mais qui s'étend à tout l'organisme, par un poison qu'il dénomme gonotoxine. Parmi les composés d'argent qui conviennent au traitement,il cite l'argyrol,l'ichthargan,l'albargine, le nargol, le protargol, l'argonine, l'argentanine. Personnellement il recommande l'argyrol, le nargol et le protargol ; le premier étant moins irritant,peut être employé à la force de 2 p. c. en commençant pour aller graduellement à 5 p. c.,la solution doit être introduite dans l'urèthre de façon à le distendre complètement et doit ensuite y séjourner de cinq à trente minutes. Plus les injections sont de longue durée et moins elles sont nombreuses. Les premières doivent être faites sous la surveillance du médecin. Lorsque la portion prostatique de l'urèthre est atteinte, le diagnostic doit être fait avec l'épreuve des deux verres.En dehors des signes que fournit cette épreuve, l'infection de la portion prostatique se traduit par des mictions fréquentes, avec douleur spasmodique dans le périnée et à l'extrémité de la verge. Pour le traitement par les injections, l'auteur recommandela seringue de Guyon,un tube àirrigation uréthrale qu'on introduit à travers la région prostatique, puis on fait passer 250 à 500 cc. d'une solution à 0,25 p. c. d'une des préparations d'argent indiquées ; le liquide injecté reflue en arrière par les côtés du tube pour ressortir par le méat. Comme adjuvant du traitement local, l'auteur mentionne l'administration du copahu et du cubèbe dans les premières périodes et l'essence de santal lorsque l'écoulement commence à diminuer. Si les injections uréthrales causent de la douleur, il peut être nécessaire d'introduire quelques gouttes d'une solution de cocaïne. L. J.

MEYER : **A propos des exanthèmes blennorrhagiques.**(*Derm. Cent.* mai 1906, p. 230.) — Tailleur de 21 ans,atteint d'écoulement depuis 6 semaines et d'épididymite droite depuis 3 semaines. Santal. 8 jours après,exanthème maculo-papuleux de toute la jambe avec épanchement articulaire et gonflement des muscles. S'il n'y eût pas eu de blennorrhagie, on eût pu penser à un purpura hémorrhagique ou à la péliose rhumatismale. L'exanthème est-il bien dû à la blennorrhagie ? M. ne croit pas devoir incriminer l'huile de santal, parce qu'elle ne produit que des plus rarement d'exanthèmes et que l'exanthème blennorrhagique a souvent été vu chez des malades qui n'avaient pas pris de santal. Le mode de l'éruption plaide aussi contre cette hypothèse. La coïncidence de l'exanthème, des affections articulaires et musculaires parle dans le même sens ; on ne connaît pas les gonflements articulaires ni musculaires après l'usage de l'huile de santal, que l'on rencontre dans les affections gonococciques. L'absence de gonocoques dans le sang et les tissus n'infirme pas cette manière de voir. J. M.

QUENTEL : **Sur la genèse et l'évolution normale de l'uréthrite gonococcienne chez l'homme, d'après les idées modernes.** (*Thèse de Bordeaux*, 10 novembre 1905.) — Travail original. — D'après les modernes, pour qu'une uréthrite gonococcienne se déclare, il faut que le microbe soit suffisamment virulent ou le terrain suffisamment réceptif. En ce cas quelle doit être ici la médication préventive ? Laissant de côté les sérums et vaccins, d'application difficile en l'espèce. l'A. étudie les conditions requises pour un véritable remède interne pris avant le coït, ce remède devrait localement détruire les gonocoques dès la 1re miction *post coitum* les gonocoques ayant peut-être déjà pénétré, à la deuxième, profondément, dans la muqueuse et au point de vue général, détruire les germes infectieux dès leur pénétration dans la muqueuse uréthrale. Mais l'A. n'indique pas ce remède. Le traitement rationnel devrait aboutir à la victoire de l'organisme sur les germes. On peut le concevoir de trois facons : 1° se contenter de fortifier suffisamment le terrain ; 2° diminuer suffisamment le microbe ; 3° s'adresser à la fois à l'organisme et aux germes pour augmenter suffisamment la résistance de l'un en diminuant la virulence des autres. Si la théorie paraît simple, la pratique l'est moins et l'A. est d'avis que beaucoup de réformes sont encore nécessaires sur ce point. La contagion de la blennorrhagie n'est pas toujours due à la seule présence du microbe. Une femme pourrait aider à produire ce qu'elle n'a pas. D'un autre côté, la question peut n'être que subjective et laisser persister des chances de contagiosité. Au résumé, l'A. ne conclut pas. Pour lui, nous ne possédons pas encore, en matière de blennorrhagie l'évidence qui prouve et il préfère rester dans le doute. Le doute est scientifique. J. M.

STREBEL **Traitement de la blennorrhagie chronique par la lumière-mica** (glimmlicht). (*Derm. Zeit.*, 1905, p. 789.) — Les recherches précédentes avaient convaincu l'auteur que le traitement des affections uréthrales ne pouvait être couronné de succès qu'autant que l'on pourrait arriver à établir la source lumineuse à l'intérieur de l'urèthre lui-même ou de faire pénétrer la lumière en force suffisante directement dans l'urèthre. La lumière-mica produite dans le vide par le courant interrompu a été le premier mode d'emploi pratique de la lumière dans le vide en thérapeutique. Cette lumière est une source excessivement forte de rayons ultra-violets. Au moment de la mise en service de l'instrument construit par l'A. l'air est ozonisé, le papier sensible noircit de suite, on sent fortement l'ozone. Cette lumière est donc aussi bactéricide. On se sert du tube comme d'un cathéter, sans pression. L'introduction n'est pas douloureuse. La séance dure une quarantaine de minutes. L'inflammation se produit en une seule séance ; l'effet est toujours plus actif à la première, on le limite à la sensibilité du patient. La muqueuse rougit, se couvre d'amas de sécrétion ; parfois elle saigne un peu. L'urination est seule un peu douloureuse, l'écoulement plus ou moins intense, le méat rouge, au bout de quelques jours, on peut amoindrir le traitement

et continuer ainsi jusqu'à disparition de la blennorrhée. Ce traitement n'est pas applicable à la blennorrhagie aiguë. Tout l'urèthre s'enflammant lorsqu'on éclaire le tube dans toute sa longueur, on attaque tous les foyers morbides. L'A. publie 3 observations triées parmi 55. Toutes les trois ont trait à des cas graves, traités sans succès par toutes sortes d'autres méthodes. Les résultats ont été excellents. Les meilleures sources de lumière à employer dans le traitement des uréthrites sont jusqu'ici la lumière-mica, la lumière à étincelles de courants induits ou l'étincelle condensée de courants interrompus. Longue description des appareils à lire dans l'original. J.M.

STREBEL : **Traitement de la gonorrhée chronique par l'aspiration.** (*Derm. Zeitsch.* juin 1906, p. 409.) — Les lavages ne suffisent pas pour déterger les plis et les glandes de l'urèthre. On ne peut non plus toujours se servir de la seringue pour pénétrer dans les canaux glandulaires, même en se servant d'un jet petit, localisé,produisant une compression limitée du tissu uréthral permettant l'expression du contenu des glandes. L'A. a construit un tube métallique fenêtré qu'il introduit dans l'urèthre, saisit le membre avec la main, produit le contact intime de la paroi uréthrale avec les trous du tube, aspire l'air du tube avec une forte seringue aspirante ; la muqueuse adhère ainsi dans les trous du cathéter et est aspirée fortement dans le tube, on peut ainsi produire de la sorte une hyperhémie dans les parties infiltrées de la muqueuse qui peut être utilisée au point de vue thérapeutique, piquer les infiltrats au moyen d'une aiguille et ouvrir les petits conduits glandulaires, le pus qui entretient l'infiltration s'évacuant par la canule. J. M.

Sur la stomatite blennorrhagique. (*Rev. Esp. de Derm. y. Sif.* 1905, p. 512.) — Cette localisation est des plus rares. Les symptômes sont : l'hyperhémie, les aphtes et au bout de 36 à 48 heures, la production d'un exsudat muco-purulent avec cellules épithéliales, leucocytes, etc., remplis de gonocoques jusqu'au commencement de la régénération épithéliale qui survient presque toujours au 6e jour. La forme commune est bénigne, la résolution rapide,sans trace d'infection et de lésions anatomo-pathologiques de la muqueuse consécutive (Rosinski, Jesionek). L'infection gonococcique peut donc se localiser vers la muqueuse buccale, mais le processus en est assez court et bénin ; lorsque le gonocoque se rencontre avec d'autres microbes, le spirochète par exemple, ce qui arrive souvent, le diagnostic est plus difficile (angine de Vincent), l'inconvénient est minime, le traitement de la stomatite blennorrhagique n'exigeant pas de moyens spéciaux et consistant surtout en solutions désinfectantes ordinaires. J. M.

THÉRAPEUTIQUE, PRESCRIPTIONS ET FORMULES

Le chlorure de calcium dans l'eczéma

(PARHON et URECHIE)

Les auteurs ayant observer les bons effets de l'administration du chlorure de calcium dans deux cas d'urticaire et un de prurit essentiel, ont eu l'idée de l'employer dans un cas d'eczéma de la face et ont communiqué les résultats obtenus à la Société de biologie, dans la séance du 16 novembre 1907 :

Ces résultats ont été très satisfaisants et les auteurs proposent de répéter ce traitement. et, si les résultats se confirment, il y aurait lieu de se demander si l'eczéma n'est pas lié, dans une certaine mesure, à un trouble de métabolisme calcique.

MM. Parhon et Papinion ont soutenu que l assimilation des sels de calcium était sous la dépendance du corps thyroïde. Ils ont obtenu, par la médication thyroïdienne, une amélioration notable d'un cas d'eczéma très étendu accompagnant l'hypothyroïd e. L'arthritisme, qui se manifeste souvent sous forme d'eczéma, est, d'après plusieurs auteurs, lié à un fonctionnement défectueux de l'appareil thyroïdien. Les préparations thyroïdiennes ont, d'ailleurs, été préconisées dans plusieurs dermatoses.

M. Arnold Netter emploie, depuis plus d'un an, le chlorure de calcium, chez les eczémateux, et n'a eu qu'à se louer de ses effets.

Le calcium est antagoniste du sodium. Or, l'influence défavorable du sel marin et des aliments salés, dans l'eczéma, est de notion courante. Beaucoup de dermatologistes préconisent la déchloruration. L'administration des sels de chaux équivaut, dans une certaine mesure, à la soustraction de sels de sodium. L'usage du lait riche en chaux est très favorable aux eczémateux.

R. Netter profite de l'occasion pour attirer l'attention sur un autre mémoire de MM. Parhon et Urechie. Ces auteurs ont montré que la tétanie consécutive à l'ablation de l'appareil thyroparathyroïdien est aggravé par les injections de chlorure de sodium, atténué par les injections de chlorure de calcium. Ces expériences justifient l'administration du chlorure de calcium dans la tétanie humaine, administration qui a donné à M. Netter des résultats excellents.(*Gaz. des hôp.*, 19 nov. 1907.)

Traitement du Prurit vulvaire accompagné de Kraurosis vulvæ

(W. RUSSELL).

L'allocation de la sécrétion des glandes tubaires peut être la cause de ce symptôme pénible. Plus profondément les affections de l'urèthre et de la vessie peuvent participer à sa production ; les sécrétions irritantes de l'utérus et du vagin ont les mêmes effets, il en est de même de la glycosurie. On a donné de nombreuses classifications des causes de prurit, en réalité celles-ci sont de deux sortes ; les sécrétions qui affectent la vulve à leur passage et les causes d'irritation à la vulve même. Le diabète est une cause très fréquente. Certaines malades sont soulagées par le cathérisme. Les sécrétions utérines sont des causes très fréquentes de prurit ; puis viennent les causes locales, éruptions, furoncles, parasites. C'est en combattant ces diverses causes qu'on pourra faire disparaître le prurit.

On cherchera d'abord le repos physiologique de la région, comprenant la cessation complète de toute excitation sexuelle et de toute irritation par les frottements.

On assurera une propreté complète par les moyens les plus simples, par des savons liquides, pour enlever les sécrétions irritantes et les parasites par des injections convenables contre les sécrétions vaginales. On soignera, suivant les indications, les troubles utérins, vaginaux ou intestinaux. Les applications locales sous forme de lotions

on de pommades permettront de ramener le plus rapidement possible les tissus à leur état normal.

Il sera enfin parfois nécessaire d'exciser les régions affectées dans les cas désespérés avant qu'il soit survenu des lésions profondes de structure et même des altérations malignes à la suite de l'irritation prolongée des parties. Le prurit et dans quelques cas, la dyspareunie précèdent les symptômes du kraurosis vulvaire pendant un temps plus ou moins long. Les premières lésions consistent probablement dans l'hyperplasie inflammatoire, résultat d'un grattage invétéré. Plus tard les tissus s'atrophient et apparaissent alors les caractères du kraurosis et de la leucoplasie vulvaire. Il ne faut pas alors trop perdre de temps en applications palliatives avant d'instituer un traitement radical par l'excision, car dans un nombre de cas considérable des lésions malignes envahissent la région et les glandes voisines. (*The Glascow med. Jal*, décembre 1907 et *Rev. de Thér, médico-chirurg.* p. 33, 1908)

La pilocarpine comme adjuvant dans le traitement de la syphilis

(Robinson).

M. le docteur W. J. Robinson (de New-York) préconise la pilocarpine comme adjuvant du traitement mercuriel dans la syphilis et spécialement dans les cas où le traitement hydrargyrique est mal toléré ou inefficace. D'après notre confrère américain, la pilocarpine influencerait d'une manière particulièrement favorable la stomatite mercurielle en activant la salivation et en dégageant les glandes salivaires de leur surcharge en mercure, cause essentielle de l'irritation buccale.

Dans les cas de syphilides cutanées rebelles au traitement, la pilocarpine, en favorisant l'élimination du mercure par les glandes sudoripares met en contact les syphilides avec une quantité plus considérable de mercure, ce qui détermine rapidement leur disparition. Enfin, lorsque le rein et l'intestin, qui sont les voies principales d'élimination du mercure, sont devenues intolérants, le mercure trouve dans les glandes superficielles une issue nouvelle qui permet de continuer le traitement. Ce sont là les conclusions que notre confrère américain a tirées de nombreuses observations de syphilis traitées à la fois par le mercure et la pilocarpine.

La pilocarpine peut être administrée de deux façons différentes, soit sous forme de pilules renfermant chacune 0 gr. 002 milligr. du médicament, soit sous forme d'une solution contenant 0 gr. 12 centigr. de chlorhydrate de pilocarpine pour 120 grammes d'eau chloroformée. On fera prendre au malade de 2 à 4 pilules, ou de 4 à 8 grammes de la solution, 3 fois par jour.

Après avoir administré la pilocarpine pendant une ou deux semaines, on peut diminuer les doses de mercure tout en obtenant d'aussi bons résultats qu'avec les doses plus élevées que l'on employait auparavant. Notre confrère n'a jamais observé aucun accident à la suite de ce traitement. (*Sem. méd.* 26 juin 1907.)

Epithélioma térébrant de l'angle de l'œil traité par la fulguration.

(Raynaut et de Keating-Hart).

Les auteurs présentent au Comité médical des Bouches-du-Rhône (6 décembre 1907), une malade atteinte d'un épithelioma perlé de l'angle de l'œil, longtemps traité par la radiothérapie avec des améliorations apparentes suivies de poussées aiguës, puis considéré comme inopérable et abandonné à lui-même. Il avait pris une allure térébrante, entamant les os propres du nez jusqu'à l'ethmoïde et atteignant l'œil, avec douleurs atroces.

Après énucléation de l'œil par le docteur Raynaut et curettage, la fulguration a obtenu une cicatrisation complète du fond de l'orbite et de l'énorme plaie il ne reste plus qu'une tout petite solution de continuité que les photographies récentes montrent en voie de disparition rapide.

Les douleurs ont cessé immédiatement après l'opération et la

malade, qui recevait douze piqûres de morphine par jour, a pu être complètement sevrée de narcotique. (*Marseille médical*, 15 janvier 1908.)

Pulvérisation sur les plaques d'urticaire.

Menthol........... 10 grammes.
Chloroforme.......
Ether sulfurique.. } àâ 30 grammes.
Alcool camphré...
(*L'Echo de la médecine*, 15 mars 1908.)

Traitement des phénomènes congestifs et douloureux des hémorroïdes.

Contre les phénomènes congestifs et douloureux, une fois qu'ils sont apparus, on aura recours aux lavements quotidiens d'eau à 45 ou 50 degrés et aux applications, sur les paquets variqueux, de compresses de tarlatane imbibées d'eau à la même température.

Au lieu de ces compresses chaudes, on pourra aussi appliquer une vessie de glace avec interposition de flanelle.

En plus — et c'est là un point essentiel du traitement local — on prescrira des onctions calmantes avec une pommade à la stovaïne.

On pourra formuler comme suit :

Stovaïne............. 25 centigr.
Adrénaline au millième XX gout.
Lanoline.......... } àâ 10 gram.
Vaseline..........

Ou :

Stovaïne............. 1 gram.
Extrait de ratanhia.... 2 —
Onguent populeum.... 30 —

En cas d'hémorroïdes internes, on se servira de suppositoires stovaïnés :

Stovaïne.............. 2 centigr.
Extrait de belladone... 3 —
Beurre de cacao........ Q. s.
pour un suppositoire
(*Gaz. des hôp.*, p. 232, 1908.).

Contre le prurit vulvaire.

Pommade :

Bromotane.............. 4 gram.
Essence de géranium.... X gout.
Lanoline et vaseline..... 20 gram.

Le bromotane ou méthylène-urée-bromotannique est le produit de la condensation de l'aldhéhyde formique, du bromotanin et de l'urée. On le trouve dans le commerce sous forme de poudre jaune, fine, presque inodore et sans saveur.

(*L'Echo de la méd. et de la Chirurgie*, 15 février 1908.)

Contre l'intertrigo et les eczémas humides.

On peut se servir utilement d'une poudre ainsi composée :

Bromotane.............
Talc de Venise........ } àâ 10 gr.
Oxyde de zinc.........
Poudre d'iris..........
(*Ann. de thér. Derm. Syphili.*)

Lotion contre le prurit.

Lait d'amandes......... 50 gram.
Sublimé................ 0 gr. 25
Chlorure d'ammonium.. 0 gr. 30
Essence de géranium... XV gout.
(*Presse médicale belge*, 15 mars 1908.)

Lotions contre le Prurit.

I. Résorcine.. .... 10 parties.
Thymol.............. 1 —
Borax............... 2 —
Phénol liquide....... 10 —
Glycérine........... 10 —
Alcool.............. 50 —
Eau distillée......... 500 —
M. S. A.

II. Salicylate de soude. 10 —
Hydrate de chloral.... 4 —
Glycérine........... } àâ
Alcool..............
Eau distillée Q. s. pour 200
M. S. A.
(*Journ. Am. ass.* 1907, p. 1129 et *Bull. gén. de thér.* 15 mars 1908.)

Contre les séborrhéides eczématiformes

Employer la pâte suivante :

Thigénol «Roche».... 4 à 8 gr.
Oxyde de zinc.......
Amidon............ } àâ 10 —
Vaseline...........
Lanoline ....
F. S. A. une pâte.
(*Gaz. des hôp.*, 5 mars 1908.)

Contre l'acné vulgaire

On obtient quelquefois de bons résultats de l'emploi topique de la mixture suivante :

Rec. Soufre précipité.
Carbonate de potassium........
Glycérine......
Huile d'amandes amères....
Alcool étendu..
} ââ 10 parties

M. — Avec un pinceau, faire tous les soirs une application de cette pâte, au siège des pustules d'acné. Le lendemain, on enlèvera les restes du topique, au moyen d'un lavage à l'eau tiède.

Un remède très efficace contre l'acné consiste dans l'usage interne de l'ichthyo-gaïacol. Encore faut-il que ce remède soit employé avec une persévérance suffisante, et d'une façon méthodique, c'est-à-dire à doses progressivement croissantes (2 à 8 et 10 capsules par jour, au moment des repas), puis décroissantes. L'ichthyo-gaïacol donne également de très bons résultats dans les cas de couperose (acné rosacée), et, d'une façon générale, contre les dermatoses inflammatoires, en rapport avec une auto intoxication d'origine gastro-intestinale. (*Rev. int. de Clin. et de Thér.* 20 mars 1908.)

Solutions d'atoxyl et de biiodure de mercure

Ces formules sont celles qu'emploie M. le Professeur agrégé Labat, pharmacien des hôpitaux de Bordeaux, pour la préparation des solutions injectables (atoxyl-biiodure de mercure-iodure de sodium)

SOLUTION A.

Atoxyl................	10 gram.
Biiodure de Hg.......	0 gr. 50
Iodure de sodium....	5 gram.
Eau distillée, q. s. pour	100 cc.

Chaque centimètre cube contient 5 milligrammes de biiodure et 0 gr. 10 d'atoxyl.

SOLUTION B.

Atoxyl..............	10 gram.
Biiodure de Hg......	0 gr. 20
Iodure de sodium....	2 gram.
Eau distillée, q. s. pour	100 cc.

Chaque centimètre cube contient 2 milligrammes de biiodure et 0 gr. 10 d'atoxyl.

On voit combien il est facile de réaliser de semblables prépations, dont la mise en ampoules n'est pas indispensable : elles sont à la portée de tout pharmacien (*Gaz. hebd. des Sci. med. de Bordeaux*, 22 mars 1908.)

Traitement de la vaginite par la levure

E. KEHRER

L'auteur a employé dans la vaginite aiguë et chronique des injections vaginales d'une émulsion de levure sèche. La malade, placée sur la table d'examen, le vagin est lavé à l'eau bouillie, puis séché avec un tampon. La malade restait alors pendant six à sept heures couchée, les jambes un peu relevées, après avoir reçu dans le vagin une injection de levure délayée dans l'eau. Deux ou trois tampons de gaze empêchait le reflux de liquide. Au bout de six à sept heures on faisait de nouveau un lavage vaginal et on essuyait avec de l'ouate. Ce traitement a suffi pour faire disparaître en trois à sept jours le gonocoque dans 5 cas sur 6 de vaginite aiguë. Sur 23 cas chroniques, les symptômes inflammatoires ont disparu dans 16 cas en quatre à huit jours, sans récidives dans la suite. Par contre, dans 7 cas, le traitement par la levure a eu peu de résultat et l'affection a été mieux combattue par le protargol à 5 p. 100. L'auteur conclut que la vaginite et les lésions inflammatoires sont souvent très favorablement influencées par la levure. Les meilleurs résultats s'observent au bout de trois ou quatre jours dans la forme blennoragique aiguë, dans la vaginite chronique, par contre, si on n'obtient pas de résultat au bout de quatre ou cinq jours, il est préférable de recourir à un autre traitement. La levure doit être employée sur le vagin et jamais dans le col dans les formes aiguës. Parmi les préparations de levures douées d'une action bactéricide, il faut donner, d'après l'auteur, la préférence à celles qui ne contiennent pas de cellules de levure vivantes, parce qu'on ne peut pas toujours être à l'abri des actions accessoires. L'emploi vaginal de la levure

dans la vaginite aiguë blennorragique a une action prophylactique contre l'infection ascendante. Lorsqu'il existe en même temps une endométrite chronique purulente il faut instituer un traitement intra-utérin, énergique par les lavages médicamenteux et les cautérisations, afin de protéger le vagin contre une réinfection provenant de l'utérus. (*Munch Med. Woch.* 4 février 1908 et *Revue de Ther. Med. Chir.* p. 241. 1908.)

Traitement de l'hyperhidrose des mains par les rayons de Roentgen.

D'après Kromayer, on parvient à obtenir l'atrophie des glandes sudoripares à la faveur d'une roentgénisation assez faible pour ne pas provoquer d'altérations durables des autres parties constituantes du tégument externe On peut ainsi obtenir la guérison radicale et durable de l'hyperhidrose des mains. Encore importe-t-il de doser rigoureusement l'application des rayons X. (*Berliner Klin. Woch.*, 1907 et *Revue Int. de Chir. et de Ther.* p. 87 1908.)

Du nettoyage des instruments et de leur entretien.

Après une opération, les instruments souillés de sang ou de pus seront plongés, sans aucun nettoyage préalable, dans une solution de savon noir. Le savon noir se vend à l'etat pâteux. On en prendra environ une cuillerée à café pour un litre d'eau. Cette solution gluante a tendance à s'insinuer à la surface des instruments en décollant le sang et le pus qui se trouvent à leur surface ; sa réaction, fortements alcaline, empêche les instruments de rouiller ; aussi peut-on les y laisser séjourner plusieurs heures, ce qui est fort avantageux ; car souvent, après une intervention, on livre ses instruments à une infirmière qui les met dans l'eau à tremper et s'empresse d'aller déjeuner ; à son retour, la rouille a déja fait son œuvre. Au sortir de la solution de savon, on passe chaque instrument sous un filet d'eau en le brossant avec soin ; s'il reste encore quelque impureté à sa surface, on prendra avec la brosse du savon noir et on le frottera.

L'instrument une fois propre et sans qu'il soit essuyé, mais simplement un peu égoutté, sera plongé dans du plâtre sec qui s'insinuera dans toutes ses aspérités et, grâce à son besoin impérieux d'hydratation, absorbera toute l'eau se trouvant à sa surface et le séchera d'une façon parfaite. Il peut rester dans le plâtre plusieurs heures sans inconvénient.

A sa sortie du plâtre, il suffira de le brosser avec une brosse sèche à argenterie pour qu'il soit sec, brillant et prêt à mettre en vitrine. Les instruments présentant des articulations fines ou serrées seront passés, dans ces parties, avec une brosse fine imbibée d'huile de vaseline.

Ce procédé a comme avantages :
Sa rapidité ;
La laxité dans les différents temps des opérations du nettoyage;
La suppression des linges de séchage ;
La sécurité de la dessiccation :
La rapidité d'exécution.

Dans la vitrine devront être placés des fragments de chaux vive dans une coupelle.

Tous les trois mois, il faut reprendre les instruments pour les revoir. Ils seront passés à sec dans le plâtre. Si on trouve des taches de rouille, on les imbibera de vaseline et, le lendemain seulement, on frottera les parties rouillées avec de la poudre de pierre ponce ou d'émeri, portée par un morceau de bois taillé en pointe imbibé de vaseline. (*Gaz. hebd. des soc. méd. de Bordeaux* 2 février 1908.)

Traitement de la vulvo-vaginite.

(Bon)

La vulvo-vaginite aiguë chez l'enfant, sera traitée par des lavages biquotidiens de la vulve et des injections vaginales consécutives à très faible pression, au moyen d'une sonde de petit calibre avec une solution de *permanganate de potasse* à 1/2000.

Pour la nuit, introduire dans le vagin un crayon ainsi composé :

Salol	0 10 centigr.
Beurre de cacao..	1 gramme.

Chez l'adulte, repos au lit. Com-

presses froides sur la vulve, à renouveler toutes les deux ou trois heures et tampon d'ouate imbibée de *permanganate de potasse*, à 1/2000 entre les grandes lèvres :

Bains de siège avec :

Feuilles de belladone. } ãã 30 gr.
Feuilles de jusquiame }
Têtes de pavot........ N° 2

Quand l'inflammation est moins grande, pratiquer une ou deux fois par jour une injection à l'eau boriquée d'abord, puis au permanganate de potasse de 1/2000 à 1/1000, au protargol, 0,50 à 1 p. 100, ou :

Sulfate de cuivre.... }
Sulfate de fer...... } ãã 1 gr.
Sulfate de zinc...... }
Eau gommée.......... 10 gr.
Eau................. 500 gr.
(ROBIN et DALCHÉ).

Maintenir encore entre les lèvres une compresse ou un tampon d'ouate imbibée de solution antiseptique ou astringente (*acétate de plomb* à 1/2000, ou solution de tannin glycériné à 1/40).

Introduire profondément dans le vagin un ovule au *tannin* ou à l'*ichthyol*, le soir un tampon imbibé de :

Tannin........... 10 grammes.
Glycérine.......... 80 grammes.

Ou :

Thigénol........ 30 grammes.
Glycérine.......... 60 grammes.

Contre les folliculites, badigeonnages avec :

Nitrate d'argent.... 1 gramme.
Eau distillée....... 30 à 40 gr.

Ou :

Chlorure de zinc.. 1 gramme.
Eau distillée....... 30 grammes.

A la fin de la maladie, saupoudrer les dernières rougeurs avec :

Dermatol .... 2 grammes.
Sous-nitrate de bismuth .... 4 grammes.
Oxyde de zinc...... 20 grammes.

Dans la vulvo-vaginite *chronique* de l'enfant, le traitement doit être surtout général et on peut prescrire en outre des bains contenant :

Chlorure de sodium.. 1 kilogr.
Carbonate de soude.. 200 gr.

Chez l'adulte, on appliquera tous les deux jours un tampon imbibé de *solution tannique glycérinée*, et tous les trois ou quatre jours, on fera des badigeonnages avec la solution de nitrate d'argent de 3 à 5 p. 100. (*Journal de Méd. et de Chir. Prat.* p. 115, 1908.)

Traitement de l'orchite.

1° Pour les six premiers jours, pommade :

Gaïacol.. .... 14 grammes.
Axonge........... 64 grammes.

Frictionner doucement et appliquer une couche de charpie. Envelopper le testicule dans du coton et porter un suspensoir.

2° Au bout de la première semaine faire une application locale avec la pommade suivante :

Onguent mercuriel. }
Onguent belladoné. } ãã 4 gr.
Ichthyol........... }
Lanoline........... }

Bulletin général de thérapeutique, 8 février 1908).

Traitement de l'œil de perdrix

(M. EMEL).

L' « œil de perdrix » est un papillome douloureux de la peau, logé le plus habituellement sur une des faces latérales des orteils, dans les régions inter-digitales, qui, comprimées d'une façon régulière par le port d'une chaussure, demeurent dans un état d'humidité persistante.

Le développement de la lésion explique la résistance qu'elle offre aux médications topiques. En effet, l'épiderme, irrité tout autour de la saillie du papillome, l'encercle de ses couches cornées hypertrophiées jusqu'à recouvrir complètement la petite verrue dont la nature microbienne est connue. Il faut donc commencer par la dégager de sa barrière épithéliale circulaire.

Pour cela, il suffit, après avoir soigneusement lavé les parties au savon, puis à l'alcool, de reconnaître au sommet de la saillie, un petit opercule creusé dans l'épiderme et qui encapuchonne la tumeur à la façon du prépuce sur le gland ; de l'écarter à l'aide de la pointe de ci

seaux fins, et de l'exciser avec douceur, sans faire saigner. On met de la sorte à nu le petit « poireau » source de tout le mal.

Il ne reste plus qu'à déposer, à l'aide d'une mince baguette de bois une goutte d'acide nitrique sur la tumeur papillaire et de l'y laisser pénétrer le tissu pathologique. L'humidité naturelle des parties favorise l'infiltration de l'acide.

Au bout de quelques minutes, on lave avec soin à l'eau distillée, ce qui calme assez vite la cuisson résultant de la cautérisation chimique. On établit un pansement humide, au moyen de coton hydrophile aseptique, pansement qu'on supprime le soir même. Les jours suivants, lavages quotidiens, savonnage et protection de l'escarre chimique, au moyen de bourdonnets de coton hydrophile. Vers le troisième ou quatrième jour, on excise aux ciseaux fins la croûte brunâtre qu'a formée l'escarre, et l'on met à nu une petite plaie qui est tôt cicatrisée sous le pansement à l'eau bouillie.

Au cas où la première opération n'a pas suffi, ce dont on se rend aisément compte en palpant les parties et en y constatant un reste d'induration douloureuse, une nouvelle cautérisation nitrique est pratiquée, suivie de la même série de pansements.

Il est rare qu'un œil-de-perdrix de dimensions moyennes (grain de mil, petite lentille) résiste à une troisième cautérisation. (*Presse médicale*).

Le traitement de la syphilis par l'association dans une même solution injectable de l'atoxyl, du biiodure d'Hg et de l'iodure de sodium.

(J. Sabrazès et R. Dupérié).

L'atoxyl a fait ses preuves comme agent antisyphilitique. Nous avons pu nous-mêmes constater ses heureux effets dans les syphilides secondaires, dans la néphrite syphilitique, etc.

Donné par voie sous-cutanée en même temps que des frictions mercurielles (Hallopeau) ou encore alternativement avec des injections de biiodure ou de calomel (Salmon), il a été remarquablement bien toléré, même à fortes doses (0 gr. 50). Les accidents oculaires, notés au début de ces tentatives thérapeutiques, sont actuellement évités grâce à de meilleures préparations et à une connaissance plus exacte des doses utiles et nuisibles. Les auteurs se sont demandé s'il n'y aurait pas avantage à associer dans une même formule l'atoxyl à un sel de mercure et à faire bénéficier le malade de leur administration simultanée.

Sur leur demande, leur collègue, M. Labat, pharmacien des hôpitaux, leur a préparé une solution de ce genre et a réussi, après quelques tâtonnements, à la rendre stable.

Voici la formule de cette solution :

Atoxyl...........	1 gramme.
Biiodure d'Hg....	0,05 centigr.
Iodure de sodium.	0,50 centigr.
Eau distillée......	10 cc.

Les auteurs ont pu injecter d'emblée au lapin, sous la peau 1/2 centimètre cube de cette solution par kilogramme sans déterminer de troubles.

Chez l'homme, les injections intra-fessières ne provoquent qu'une cuisson légère momentanée. Dix piqûres de 1 centimètre cube faites de rang, pendant dix jours, sont sans inconvénient, ne suscitent pas de salivation, de malaises, de nodules locaux. On interrompt le traitement pendant cinq jours et on le reprend dans les mêmes conditions.

Les auteurs ont traité de cette façon un cas de syphilis primaire, deux cas de syphilis secondaire, un cas de syphilis tertiaire.

L'accident initial rétrocède rapidement après quelques injections et les accidents secondaires peuvent avorter. La céphalée, les douleurs osseuses, cèdent également. Les éruptions pâlissent, les plaques muqueuses guérissent et cessent d'apparaître.

Les malades accusent un état d'euphorie : ils engraissent, leur teint se colore. Le taux de l'albumine dans un cas s'est réduit à des traces indosables.

Dans la syphilis tertiaire, les centres nerveux, les douleurs ostéo-

copes, la céphalée, les vertiges ont été beaucoup plus influencés que par la seule cure hydrargyrique et iodurée.

Les auteurs ajoutent que lorsqu'ils parlent du cas de syphilis tertiaire en disant que la céphalalgie, les douleurs ostéocopes, les vertiges cèdent plus vite au mélange qu'ils préconisent qu'au traitement par le mercure et l'iodure seuls, ils entendent que l'association atoxyl-biiodure s'est montrée plus active que l'atoxyl seul (20 injections antérieures de 10 centigrammes). (*Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 9 février 1908.)

Méthodes simples et rapides du traitement de la phtiriase du cuir chevelu.

Les moyens employés pour détruire les poux de tête doivent être rapides, sûrs, dépourvus de danger, d'inconvénients pour le cuir chevelu ; ils doivent aussi être peu coûteux parce qu'ils s'adressent en général à la classe pauvre.

L'auteur propose deux moyens : l'alcool rectifié ou méthylique, l'essence de sassafras.

Les cheveux sont ramenés sur le front, le sujet est assis, une cuvette étant placée en avant. Il faut un demi-litre d'alcool qu'on fait couler lentement en commençant la friction à la racine des cheveux en arrière, puis en remontant graduellement en avant jusqu'au front et d'une oreille à l'autre. Les parasites se détachent d'eux-mêmes, et tombent dans le bassin. L'application demande cinq minutes et les cheveux sèchent spontanément. Une seule application peut être suffisante, mais s'il s'agit d'une femme il sera préférable de recommencer la lotion trois soirs de suite. Les œufs sont également détruits, et il ne faut pas prendre l'adhérence des lentes pour la persistance des parasites. Il faut seulement prendre la précaution de brosser avec soin la chevelure pour entraîner toutes les lentes. L'alcool a le seul inconvénient de produire un peu de cuisson dans les points qui sont atteints de dermatite, mais la cuisson dure peu et l'alcool contribue à la guérison des lésions. Si on opère le soir il faut se garder d'approcher une flamme près des cheveux.

La méthode est propre et rapide, elle ne détériore pas les cheveux et si ceux-ci perdent leur lustre on peut le leur restituer après la guérison en lavant les cheveux avec un peu de lait et en les exposant au soleil pendant une heure après cette application.

L'essence de sassafras ne cause pas autant de cuisson et elle a les mêmes avantages que l'alcool, mais son emploi est moins propre que l'alcool et il faut continuer son application pendant vingt-quatre heures. L'essence de sassafras résulte de la distillation de la racine du sassafras officinal, plante de l'Amérique du Nord. Son odeur est caractéristique. En Angleterre, elle coûte environ trois francs la livre, quantité suffisante pour un traitement. Les cheveux sont brossés avec une brosse trempée dans l'essence, et pendant vingt-quatre heures ils sont serrés dans un bonnet. (*The Hospital*, 4 janv. 1908 et *Rev. de thér. méd. chir.*, p. 135, 1908.)

La balnéothérapie dans les affections cutanées.

(Spiethoff).

Les eaux sulfureuses agissent principalement dans les cas où il s'agit de combattre des états chroniques caractérisés par la présence d'infiltrations inflammatoires, ou encore des affections parasitaires. Pour le psoriasis, la question reste douteuse : il faut s'abstenir dans les cas où existe un prurit marqué, une rougeur intense des plaques, une infiltration séreuse des squames. Pour ce prurigo, il faut de même s'abstenir si le prurit est très intense.

L'auteur n'accorde aucune action aux thermes sulfureux dans la syphilis : il ne considère pas comme démontré que ces eaux favorisent l'absorption et l'élimination du mercure. Il n'y a, du reste, dans la grande majorité des cas, aucun avantage à faciliter l'élimination du médicament ; il est bon que ce dernier reste dans l'organisme après la terminaison d'une cure

Si les eaux sulfureuses exercent une action indéniable sur les sy-

philitiques, cela tient à la facilité de l'exécution des prescriptions, au repos physique et moral, etc. Il faut donc diriger sur les thermes sulfureux les sujets se soignant irrégulièrement à domicile, ou ceux qui ont besoin d'une cure intensive prolongée, risquant de compromettre l'état général.

Les thermes iodés contenant des quantités minimes de métalloïde n'ont sans doute pas grande influence sur les spécifiques.

Lorsqu'il s'agit de combattre les troubles internes influençant une dermatose, on s'adressera aux eaux indifférentes, aux sources contenant de l'acide carbonique, ou du chlorure de sodium, etc. Mais il faut être très prudent dans leur emploi et ne les recommander, en cas d'affections cutanées chroniques, que pendant les périodes de rémission, car la cure balnéaire exerce sur la peau une action irritante marquée.

La scrofulo-tuberculose, la syphilis héréditaire trouveront de grands avantages aux cures chlorurées sodiques.

On sait que l'urticaire, le prurit, l'acné rosacée ne sont le plus souvent que la conséquence de troubles digestifs qui nécessiteront un traitement balnéaire. Les bains d'air et de lumière pourront de même rendre des services, mais la réaction individuelle est sous ce rapport extrêmement variable. (*Zeitschrift f. ärzt. Fortbildung*, 15 janvier 1908 et *Ibid.*, p. 135.)

Traitement des kéloïdes

(Zimmern.)

Le traitement des kéloïdes par l'électrolyse a été découvert fortuitement en Amérique par Hardaway en 1886

Ayant eu l'occasion de pratiquer l'électrolyse pour détruire des poils poussés sur un tissu cicatriciel, développé après l'instillation dans les follicules pileux d'un liquide caustique, Hardaway s'aperçut que la cicatrice s'assouplissait et s'aplanissait en même temps que les poils diminuaient de nombre.

Il traita par la suite, plusieurs cas de kéloïdes véritables, et, dans l'un d'eux, il obtint un véritable succès. Brocq expérimenta la méthode en 1887 et fut frappé des bons effets déterminés par l'électrolyse monopolaire négative.

Brocq recommande de se servir d'aiguilles dont la partie active que l'on veut enfoncer dans la tumeur est limitée par un arrêt fixé sur la tige, à une hauteur qui correspond à l'épaisseur de la kéloïde. Pour poser cet arrêt, il suffit de chauffer le bout d'un bâton de cire à cacheter puis de le mettre en contact avec la partie de l'aiguille que l'on veut munir de cet arrêt; on imprime alors à l'aiguille un léger mouvement de rotation, grâce auquel un petit fragment de cire s'enroule autour de l'aiguille.

Le pôle positif étant relié à une électrode indifférente, l'aiguille, préalablement armée du pôle négatif afin de faciliter sa pénétration dans le tissu induré, est introduite dans le tissu kéloïdien, et l'intensité amenée aux environs de 6 ou 8 mA.

La piqûre électrolytique détermine très rapidement, au pourtour de l'aiguille, la formation d'un halo blanc grisâtre, puis une sorte d'éclatement des tissus se présentant sous la forme d'irradiations de même couleur, qui partent en rayonnant du pourtour de l'aiguille. Quand ces traînées atteignent 4 à 5 millimètres de longueur et que l'on sent l'aiguille jouer librement dans les tissus, on la retire rapidement et on la pose sur un point voisin, à une distance telle que la zône d'action de la nouvelle piqûre devienne tangente à celle de la première, et ainsi de suite.

Chaque séance consistera donc à larder une partie de la surface de la kéloïde d'une série de piqûres. La durée de chaque piqûre peut être approximativement fixée à quinze secondes.

Brocq conseille, une fois la séance terminée, de recouvrir la kéloïde de bandelettes imbriquées d'un des emplâtres que l'on sait être actifs contre les kéloïdes (emplâtre de Vigo, emplâtre rouge de Vidal, et dont l'effet résolutif vient s'ajouter à celui de l'électrolyse.

Les séances pourront être répétées tous les huit jours environ.

« D'ordinaire, dit Brocq, l'amélioration progresse d'abord régu-

lièrement; puis il est assez fréquent de la voir s'arrêter au bout de quelque temps, même lorsqu'on n'a pas cessé le traitement. Il serait alors inutile de continuer à faire de nouvelles séances d'électrolyse ».

Le procédé que nous venons de décrire est assez long. Nous lui préférons, en général, le procédé suivant, qui nous a permis d'obtenir dans quelques cas des résultats plus rapides. On prend une aiguille isolée et dénudée sur une longueur de 1 cm. 5 ou 2 centimètres, suivant la forme et les dimensions de la kéloïde à opérer. On la relie au pôle négatif, et on l'enfonce dans le tissu kéloïdien parallèlement à la surface cutanée, mais à la limite du tissu sain, là où la kéloïde marque sa saillie. On circonscrit alors la périphérie de la tumeur par une série de piqûres, et ainsi de suite, jusqu'à ce qu'on ait obtenu un affaissement notable de la tumeur.

D'après Derville (de Lille), on obtiendrait également d'excellents résultats en criblant la surface des kéloïdes de petites étincelles statiques. Les effets regressifs seraient particulièrement rapides avec ce procédé.

Les résultats de l'électrolyse appliquée aux kéloïdes sont des plus variables. Si la disparition complète n'est pas la règle, il n'est pas rare d'observer une diminution de volume plus ou moins sensible de la néoplasie kéloïdienne.

En tout cas, le traitement détermine presque toujours l'arrêt dans la marche extensive de la kéloïde et l'abaissement de la saillie.

Quand, après une série de séances, l'électrolyse paraît ne plus agir il est bon de suspendre pour quelques mois le traitement, et l'on verra souvent, en le reprenant dans la suite, une nouvelle diminution de volume et un nouvel affaissement succéder à chaque reprise (*La Quinzaine thérapeutique*, 25 février 1908.)

Un nouveau procédé de traitement de la syphilis.

(M. R. Lenzmann.)

La syphilis peut être considérée, à l'heure actuelle, comme une spirillose chronique, dont l'agent pathogène, après s'être fixé dans une partie de l'organisme, pénètre dans le torrent circulatoire et détermine une infection générale. Sans doute. il ne s'agit pas ici, à proprement parler, d'un parasite du sang, comme l'hématozoaire du paludisme, puisque le tréponème pâle ne fait qu'emprunter la voie sanguine pour se porter aux divers organes; mais il n'en reste pas moins que, par les endotoxines qu'il secrète, il exerce aussi une action préjudiciable sur le sang lui-même, et la preuve en est dans ces anémies graves qui sont si souvent provoquées par la vérole. A ce point de vue, les effets délétères produits par l'agent pathogène de la syphilis ne sont pas sans offrir une certaine analogie avec l'action exercée sur l'organisme par le parasite de la malaria. Or, celui-ci se laisse surtout influencer par la quinine et l'arsenic, et, comme on a, dans ces derniers temps, obtenu de bons résultats en traitant la syphilis par certaines préparations arsenicales, M. Lenzmann s'est demandé si la même analogie ne se manifesterait pas à l'égard de la quinine.

Partant de cette considération que, pour être efficace, la quinine doit pénétrer d'un seul coup dans le torrent circulatoire, de manière à arriver rapidement et à dose suffisante jusque dans les organes qui sont le siège de l'agent virulent, l'auteur a expérimenté des injections intraveineuses de chlorhydrate de quinine à la dose de 0 gr. 50 centigr. à 0 gr. 80 centigrammes.

Jusqu'à présent, il a eu l'occasion de traiter de la sorte, au «Diakonenkrankenhaus» de Duisbourg, 14 cas, dont 5 syphilis secondaires, 2 récidives, 2 syphilis malignes, 2 syphilis tertiaires et 3 chancres indurés sans phénomènes secondaires. Chez 12 malades, il fut possible de déceler la présence du tréponème pâle : c'est seulement dans 1 cas de syphilis maligne et dans un cas de périostite gommeuse que l'on ne parvint pas à trouver le parasite en question.

Tout en reconnaissant que le nombre des patients traités est trop faible et la durée de l'observation trop courte pour que l'on puisse, d'ores et déjà, se prononcer d'une manière définitive sur la valeur thé-

rapeutique de la méthode dont il s'agit, M. Lenzmann n'en croit pas moins devoir signaler les bons effets qu'il en a obtenus.

C'est dans la syphilis secondaire que la médication se montrerait particulièrement efficace : dès la première injection, la roséole perdrait sa coloration rouge-cuivre, les condylomes s'affaisseraient et tendraient à la résorption, en même temps que l'on verrait les plaques muqueuses s'entourer d'une bordure rouge, nettement délimitée, et que les papules elles-mêmes régresseraient. On constaterait les mêmes effets favorables dans les cas de récidive survenue apres un traitement mercuriel antérieur.

Sans doute, les éruptions syphilitiques peuvent aussi disparaître spontanément, mais alors leur involution exige un laps de temps beaucoup plus long.

L'auteur insiste également sur les bons résultats qu'il a obtenus dans les 2 cas de syphilis maligne, ainsi que chez les 2 malades atteints de lésions tertiaires.

Par contre, le traitement a paru peu efficace dans les cas de chancre induré sans manifestations secondaires, où il ne pouvait encore être question d'une spirillose généralisée active : le chancre se cicatrisa progressivement, mais sans que cette cicatrisation eût été notablement influencée par le traitement. Toutefois, il y a lieu de remarquer que les phénomènes secondaires n'ont pas encore fait leur apparition chez les malades dont il s'agit, bien que l'infection remonte déjà à quatre mois.

En ce qui concerne la technique de la méthode, M. Lenzmann se sert d'une solution contenant 10 grammes de chlorhydrate de quinine et 0 gr. 75 centigr. de chlorure de sodium pour 100 grammes d'eau stérilisée. La dissolution se fait à chaud et, comme, une fois refroidie, elle laisse déposer la quinine, il faut avoir soin, avant de s'en servir, de la faire tiédir et de l'agiter énergiquement. On doit cependant veiller à ce que le liquide injecté ne soit pas trop chaud.

L'injection est poussée avec toutes les précautions d'asepsie, dans une des veines du pli du coude, une bande de caoutchouc ayant, au préalable, été appliquée sur le bras, afin d'obtenir la stase du sang veineux. Il convient, toutefois, de relâcher ce lien, avant de procéder à l'injection, car, si on ne l'enlève qu'après, la concentration du médicament introduit ainsi dans la veine soumise à la stase risquerait d'être trop élevée et pourrait occasionner des lésions de la tunique interne du vaisseau.

Chez l'adulte, on peut, sans crainte, injecter 5 grammes de la solution susmentionnée, ce qui équivaut à 0 gr. 50 centigr. de chlorhydrate de quinine. Chez quelques malades, notamment chez les femmes, il survient, à la suite de l'injection, un léger vertige ou une congestion de la tête, mais ces troubles ne tardent généralement pas à se dissiper. Toutefois, si l'on tient à éviter ces inconvénients, on peut commencer par la dose de 0 gr. 30 centigr. pour injecter, les jours suivants, de 0 gr. 40 centigrammes à 0 gr. 50 ou 0 gr. 60 centigr. Il est même indispensable d'arriver à cette dernière dose, si l'on veut obtenir un bon résultat. Chez quelques-uns de ses patients, l'auteur a même poussé jusqu à 0 gr 80 centigr., dose qui ne doit pas être dépassée et qui donne lieu à une augmentation du nombre des pulsations, avec vertige et sensation de serrement à la gorge, tous phénomènes qui disparaissent, d'ailleurs, assez rapidement.

Les trois premières injections sont faites à vingt-quatre heures d'intervalle, les deux suivantes à deux jours d'intervalle, puis tous les trois à quatre jours. En tout, une cure nécessite de 4 gr. 50 centigr. à 5 gr. 50 centigr. de chlorhydrate de quinine, à injecter en l'espace de quatorze à vingt jours.

Il est infiniment probable que la méthode dont il s'agit n'est point appelée à détrôner ce moyen spécifique par excellence qu'est le mercure. Mais alors même que la quinine ne suppléerait le traitement hydrargyrique que dans les cas où celui-ci échoue, la valeur thérapeutique du procédé en question serait déjà considérable (*Deutsche med. Wochensch.*, 5 mars 1908. et *Semaine médicale*, 11 mars 1908.)

De l'utilité qu'offre l'emploi combiné des cautérisations à l'acide chromique et au nitrate d'argent.

(JULLIEN.)

L'auteur a montré autrefois, l'acide chromique en solution aqueuse à 1 pour 50, constituant un excellent moyen de diagnostic pour délimiter, préciser et dessiner le contour des lésions quelquefois si complexes qui se développent sur les organes génitaux et j'ai laissé soupçonner que le secours que nous demandions à cette solution ne se bornait pas seulement à faciliter le diagnostic, mais pouvait en outre servir au traitement ultérieur des érosions et ulcérations. Démontrer ce second point sera prouver jusqu'à l'évidence l'avantage du procédé.

En effet, même si la méthode ne présentait pas d'autre intérêt que d'apporter une vive lumière dans les cas confus, elle resterait très recommandable, mais si, comme nous allons le voir, elle constitue en réalité un premier temps du traitement, elle s'impose à plus forte raison.

Certes, ce n'est point une pratique nouvelle que l'emploi du nitrate d'argent dans le traitement des ulcères superficiels et il n'est pas de praticien qui n'ait profité *larga manu* du crayon classique pour modifier les surfaces malades.

Les patients savent que la pratique est douloureuse, mais s'y résignent ; quel est celui de nous qui n'a pas entendu vingt fois la phrase suivante, témoignage d'une confusion bien excusable dans l'esprit des profanes : « Le docteur m'a *cicatrisé* tous les jours avec le nitrate d'argent ». La confusion entre cicatriser et cautériser, montre que le résultat est généralement obtenu.

Qu'a fait le docteur ? Il est bien rare que n'ayant qu'un point à toucher, il ait uniquement employé la pointe du crayon ; généralement il le passe à plat quelquefois même le promène à plusieurs reprises, et comme à plaisir, et ne s'arrête qu'après avoir fait une balafre étendue, noire, sur les parties dépourvues d'épithélium, et blanchâtre sur les muqueuses intactes.

Cependant, il ne semble pas se souvenir alors ou s'être aperçu qu'à côté des points malades il y en a qui le sont moins ou qui ne le sont pas du tout, et qu'il y aurait intérêt à respecter. Il est vrai qu'il n'est pas commode de les distinguer et qu'un coup de crayon ne peut pas leur faire grand mal.

Pour rendre cette brûlure plus efficace, on s'est ingénié à trouver des ingrédients propres à rehausser l'action du crayon ; c'est ainsi qu'une baguette de zinc venant après le nitrate d'argent a été longtemps en faveur à l'hôpital Saint-Louis pour produire un effet caustique violent sur les plaques muqueuses des organes génitaux.

Après le crayon, assez douloureux par lui-même, venait le métal qui en se combinant avec le précédent formait un nitrate de zinc, corps beaucoup plus actif que le nitrate d'argent. Les malades témoignaient de ce surcroît d'action thérapeutique par un redoublement de douleurs que nous avons souvent entendu se traduire dans le service de M. Besnier par des pleurs et des grincements de dents. Cet inconvénient était de peu de poids en comparaison du résultat que l'on pouvait en attendre : on voyait les plaques s'affaisser, disparaître peu à peu, les surfaces morbides se déterger, mais il fallait toujours un délai assez long pour que la carapace noirâtre disparût et que les muqueuses quittant la teinte diabolique que leur avait donnée le zinc venant à la rescousse de la pierre infernale, reprissent une couleur à peu près normale.

En ce qui concerne la muqueuse buccale, ceux qui en ont tâté souvent savent combien le contact du crayon de nitrate est peu sympathique ; un soc de charrue s'enfonçant impitoyablement dans les chairs ne produirait pas une autre impression ; voilà pour l'effet physique brutal, mais que serait-ce si nous interrogions le sens du goût..

Il faut ajouter que, volontaires ou involontaires, les mouvements qui se produisent presque fatalement pendant notre intervention peuvent faire dévier la pointe, et changer de place les parties malades, si bien que c'est quelquefois en

aveugle et au petit bonheur, surtout chez les malades nerveux ou pusillanimes (ce qui est souvent la même chose), que l'on vise et que l'on atteint les parties qui sont les plus intéressantes.

Cela est d'autant plus vrai que le crayon, rigide et rectiligne, se plie mal aux détours à faire pour se glisser dans les replis et les méandres de l'arrière-gorge.

Quelle est au contraire la pratique que M. Jullien recommande ?

Il commence par un badigeonnage, aussi indolore qu'inoffensif, avec la solution presque anodine d'acide chromique à 1 pour 50. Les malades s'en aperçoivent à peine, mais cela suffit déjà à nous déceler les points suspects et à circonscrire les zones maladives. Qu'il s'agisse de la vulve, du scrotum ou de la gorge, on sait parfaitement quels sont les points à atteindre et quelles sont les parties à respecter.

La solution chromique, d'un excellent effet sur les gencives gonflées et en voie d'inflammation, suffit, quand elle est répétée assez fréquemment, à les ramener à leur état normal, mais il ne conviendrait pas de l'employer seule et à ce léger titre pour le traitement des accidents muqueux.

Alors on fait intervenir la réaction chromo-argentique. C'est par le hasard, il y a plus de vingt ans, que l'auteur fut amené à le constater. Il venait de passer de l'acide chromique en faible solution sur des gencives suspectes lorsqu'il dut cautériser d'abondantes plaques linguales. Peu d'instants après, le malade, portant son mouchoir à sa bouche, le retira tout rouge et comme ensanglanté : « Je saigne, Monsieur, me dit-il, vous m'avez blessé ! ».

L'auteur restait un peu étonné, étant bien sûr de n'avoir entamé aucun tissu. Puis il chercha les points où l'apparence hématique s'était montré et se rendit compte de l'action réciproque des deux produits l'un sur l'autre. Il en fit immédiatement l'expérience que chacun peut reproduire : sur un petit morceau de ouate trempé dans la solution chromique, il promenait un crayon de nitrate d'argent et vit la trace s'en dessiner en traînées pourpre. Le malade n'en fut pas moins surpris que lui et tous deux furent rassurés.

Etudiant les conditions de cette réaction et de ces corps combinés, M. Jullien en découvrit peu à peu les merveilleux effets. Il reconnut que l'action caustique était considérablement accrue par la production de ce corps à l'état naissant : il se demanda alors s'il n'y aurait pas intérêt à employer d'emblée le chromate d'argent sur les tissus malades.

Sur sa demande, M. Roger, le distingué pharmacien de Saint-Lazare, voulut bien préparer un chromate d'argent, mais la stupéfaction de l'auteur fut grande en voyant une poudre brune, n'ayant nullement le vif éclat de la réaction produite sur les tissus ; il était d'ailleurs difficile de manier une poudre comme un liquide et le mieux parut à l'auteur de revenir au procédé qu'il avait trouvé fortuitement et qui lui rendait tous les jours tant de services.

Les points malades bien mis en relief par la solution d'acide chromique, il reste à appliquer le nitrate d'argent ; rien n'est plus facile : on peut parfaitement se servir du crayon et en faire sentir la pointe ou le bout arrondi à tout ce que le chrome a mis en relief. Mais le procédé me semble quelque peu brutal ; l'auteur ne l'emploie que dans des cas spéciaux, lorsqu'il s'agit de lésions anciennes que le besoin d'une cicatrisation urgente est exprimé. En effet, en pareil cas la sensibilité est mise à une assez rude épreuve ; il est vrai qu'il est toujours possible de l'atténuer, et bien souvent M. Jullien a fait précéder ses attouchements d'un badigeonnage cocaïné.

Mais à quoi bon ? Dans l'immense majorité des cas, la solution aqueuse de nitrate d'argent à 1 p. 5 suffit très bien pour exercer une modification curative suffisante.

Choisissez donc une longue pince à mors solides, pince courbe de préférence et qui se ferme avec cran d'arrêt. Une petite boulette de coton y étant introduite et solidement tenue, vous pouvez avec cette pointe douce au toucher et qu'il est possible de faire tantôt fine, tan-

tôt mousse, suivre exactement les contours mis en relief par l'acide, respecter exactement les arborisations des circins et le pourtour des vésicules.

Ce n'est pas un badigeonnage à l'aventure, mais un exact dessein correspondant aux seules lésions reconnues.

Avec la pince tenue, telle une plume, comme fait l'aquarelliste d'un fin pinceau de martre, on suit fidèlement les arabesques quelquefois déliées du syphilome.

S'agit-il, au contraire, d'une tache à toucher dans toute son étendue, le tampon est promené comme une brosse, et peut aller et venir en surface sur la région.

Si on compare cette légèreté de touche à la brutalité du crayon, on comprendra que les malades qui ont tâté de l'un et de l'autre ne veuillent plus entendre parler du bâton, rigide, offensif, d'une saveur affreuse, et le considèrent comme intolérable.

Beaucoup de médecins conseillent à leurs clients d'acheter un crayon. Plus souvent le profane, croyant prévenir tout mal, achète pour 12 ou 15 sous, un de ces petits morceaux de bois terminés par un fragment de nitrate minuscule, mais très mal assujetti, tellement mal, que si, par malheur, on arrivait à le promener dans la gorge, on pourrait avoir des craintes sérieuses de l'y voir tomber.

Une fois en possession de cet engin, ces auto-guérisseurs ne craignent plus rien, ni personne, et se barbouillent consciencieusement à la plus petite alerte ; si bien que lorsqu'ils arrivent chez le docteur, celui-ci n'y peut rien voir. Ce petit méfait du crayon, s'ajoutant à beaucoup d'autres, suffit à faire proscrire cette habitude dangereuse. Le crayon, qui n'est pas indispensable, qui est même d'une utilité très contestable, et qui de plus peut offrir des dangers, ne doit donc pas sortir des mains médicales ; encore l'employeront-elles rarement.

Quelques timorés craindront peut-être que le nitrate employé au 5e n'ait qu'une action fortement réduite. Cette objection serait juste si nous ne pouvions compter sur la réaction du chromate d'argent à l'état naissant.

Depuis nombre d'années M. Jullien a traité par ce moyen une grande quantité d'ulcérations soit à la gorge, soit dans la région anale ou génitale, et cela tant en ville qu'à l'hôpital, et a toujours eu recours aux 2 solutions : acide chromique à 1/50, nitrate d'argent à 1/5. Les résultats n'ont jamais laissé à désirer comme promptitude, bien que l'insensibilité ait été toujours à peu près complète.

Il va sans dire que l'on est parfois obligé de réitérer les attouchements mais on juge aisément de l'effet produit, par le dessèchement rapide des lésions.

En résumé, le procédé par la réaction du chromate d'argent ne rend pas moins de service pour la thérapeutique que pour le diagnostic des ulcérations. Il ne reconnaît aucune contre-indication, et se recommande surtout par son indolence pour les muqueuses. (*Annales des malad. de la nutrition*, mai 1907).

Traitement de la blennorrhagie chez la femme,

par le Dr Luiz Gomez.

(*Th. de doctorat*, Madrid 1906.)

L'examen microscopique des sécrétions des organes génito-urinaires pour la recherche des gonocoques sera la base du traitement de toutes les formes et localisations de la blennorrhagie chez la femme. Le principe de toute thérapeutique antiblennorrhagique doit être la destruction des gonocoques.

On conservera la vitalité des tissus malades et on empêchera la propagation aux organes sains.

A défaut d'un sérum antigonococcique et d'un médicament interne antiblennorrhagique, le traitement local par la méthode antiseptique s'impose, car l'affection est locale dans la plupart des cas : elle peut se généraliser plus tard.

Parmi les moyens thérapeutiques, antiseptiques, doués de propriétés germicides pour les gonocoques, figurent en première ligne les préparations d'argent et l'ichtyol, et parmi les premières le protargol est le médicament d'élection, car son action antigonococci-

que possède une grande aptitude de pénétration sans action irritante sur les tissus.

L'application du médicament choisi se fera le plus tôt possible à doses croissantes suivant la tolérance et l'ancienneté de l'affection : on prolongera le contact avec les muqueuses le plus possible et on ne cessera son application qu'au bout d'un certain temps après la disparition des gonocoques.

Le traitement général, qu'on pourrait mieux appeler hygiénique, a pour but d'éviter les influences nocives qui pourraient influencer les défenses naturelles de l'organisme (repos physique et sexuel, régime sévère et propreté minutieuse).

Le traitement de l'urétrite comprend le repos, l'abstention d'alcool, l'ingestion de capsules de salol et le protargol en injections urétrales dans les cas aigus, les instillations dans l'urètre dans les cas chroniques et les grands lavages urétro-vésicaux dans les cas rebelles et compliqués de cystite.

La vulvite sera traitée par les bains, la propreté, les irrigations de sublimé, les badigeonnages avec une solution de nitrate d'argent ou de protargol, l'application de poudre d'iodoforme ou de xéroforme et, en cas de besoin, on cautérisera les glandes de Skene et les conduits excréteurs des glandes de Bartholin avec le crayon de nitrate d'argent ou le thermocautère.

La bartholinite aiguë sera traitée par l'incision large de l'abcès et le tamponnement de la cavité de l'abcès avec la gaze iodoformée. L'extirpation de la glande dans les cas chroniques est le traitement de choix.

Pour le traitement de la vaginite blennorrhagique, on emploiera la solution de protargol en injections, le sublimé ou le permanganate, suivis de l'application de tampons vaginaux glycérinés au protargol ou à l'ichtyol.

L'endométrite du col sera traitée par les irrigations vaginales et intra-cervicales suivies de badigeonnages avec une solution concentrée de protargol, et de l'application d'un tampon vaginal d'ichtyol.

La métrite aiguë réclame le repos absolu, la vessie de glace sur l'hypogastre, l'opium ou la morphine, une diète légère, des lavages très chauds de sublimé, des lavages intra-utérins, le col étant dilaté avec une solution de protargol, le permanganate ou le chlorure de zinc, etc.

Dans la métrite chronique on fera les cautérisations précédemment indiquées en employant des solutions plus concentrées et en insistant sur les lavages vaginaux très chauds, les tampons d'ichtyol et les embrocations d'iode. Le curettage utérin ne sera indiqué qu'après que des examens répétés auront démontré la disparition des gonocoques. Le traitement hydrominéral par les eaux chlorurées sodiques et sulfureuses sera d'un grand secours dans les formes rebelles.

Le traitement de la salpingite aiguë sera constitué par le repos absolu au lit, l'antiseptie génitale, la diète liquide, l'opium, les purgatifs salins et on traitera l'endométrite concomitante quand les symptômes d'acuité auront disparu.

La salpingite chronique réclame un traitement semblable. Le massage doit être rejeté comme dangereux. Dans les cas anciens on peut recommander le traitement hydrominéral chloruré sodique combiné à une cure ferrugineuse.

Le traitement chirurgical peut rendre de grands services dans le pyo-salpinx : les méthodes d'élection sont la ponction vaginale de la tumeur et son extirpation par laparotomie abdominale.

Le traitement de la pelvi-péritonite aiguë sera le même que celui des inflammations de l'utérus et des annexes. S'il se forme une collection purulente on l'ouvrira par voie vaginale.

Dans les cas chroniques, on cherchera à obtenir la réabsorption des produits inflammatoires par les bains prolongés, les injections chaudes, les tampons ichtyolés, etc. En cas d'adhérences ne disparaissant pas par le massage et les cures d'eau, la laparotomie peut être indiquée.

En cas de blennorrhagie acquise pendant la grossesse on doit s'abstenir de pansements intra-cervicaux, pendant l'accouchement on

redoublera de précautions par les lavages.

Si des complications puerpérales surviennent chez une blennorrhagique on les traitera comme une infection mixte strepto-gonococcique par les moyens connus. (*Rev. de thér. méd. chirurg.*, p. 319, 1907.)

Eau oxygénée.

(H. Bottu)

Nature, origine, propriétés.

L'eau oxygénée rigoureusement pure est un composé défini, représenté par la formule Ho-oH. Celle de l'eau étant H-oH, ces deux expressions montrent bien que ces deux corps sont deux espèces chimiques distinctes : l'eau est du protoxyde d'hydrogène, l'eau oxygénée est du bioxyde d'hydrogène. L'eau oxygénée thérapeutique est une solution diluée du composé précédent et dénommée par le supplément du Codex *soluté officinal d'eau oxygénée au dixième.* Le titre officinal de cette dilution, que l'on appelle aussi eau oxygénée à 10 volumes, signifie que 1 litre de ce liquide, décomposé par un des nombreux agents qui le dissocient, en oxygène et eau, doit dégager 10 litres d'oxygène.

L'eau oxygénée est préparée industriellement en attaquant le bioxyde de baryum par un acide.

C'est un liquide incolore, d'odeur nitreuse, de saveur désagréable, ayant toujours une réaction acide. Celle-ci provient ou d'un excès de l'acide ayant servi à sa préparation, ou de l'acide sulfurique ajouté pour acidifier faiblement l'eau oxygénée qui ne se conserve qu'à la condition d'être légèrement acide. On rendra l'eau oxygénée neutre au moment de s'en servir en y faisant dissoudre du bicarbonate de soude jusqu'à teinte neutre du tournesol rouge-bleu.

L'eau oxygénée commence à se décomposer vers 25° et se dissocie complètement en dégageant de l'oxygène, quand elle est en contact avec de nombreux corps minéraux et organiques, et parmi ces derniers la fibrine et musculine.

Pharmacologie.

A l'intérieur, générateur d'oxygène naissant et antiémétisant. Dose limite pour adulte par 24 heures......... 15 cc.

A l'extérieur, hémostatique local, antiseptique sous forme de lavages, lotions, pulvérisations, gargarismes, injections vaginales, utérines et rectales.

Formes pharmaceutiques.

Potion :

Eau oxygénée rigoureusement pure et neutre............	5 c. c.
Sirop de sucre. ...	40 gr.
Eau distillée Q S pour	150 c. c.

A prendre par cuillerées à soupe en 24 heures

Solution chirurgicale :

Eau oxygénée... ...	250 c. c.
Eau distillée stérile.	750 c. c.

Solution pour injections dans les foyers purulents :

Eau oxygénée.......	50 c. c.
Phosphate de soude.	1 gramme.
Eau distillée stérile.	150 c. c.

Solution pour gargarisme :

Eau oxygénée neutre	250 c. c.
Eau boriquée officinale............	250 c. c.

(*Presse méd.*, 21 mars 1908, n° 24).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Acné

Fox. — Acne necrotica. (N. Y. derm. Soc, March 27, 1906 ; in : *Journ. of cut. dis.*, July 1906.)

Hallopeau et Donzé. — Sur un cas d'acné cornée dorso-lombaire à évolution avec folliculites non suppuratives. (*Bull. Soc. fr. Derm.*, déc. 1905.)

HALLOPEAU et MACÉ DE LÉPINAY. — Sur un cas d'une nouvelle éruption acnéiforme de la face, acnéides hémisphériques agminées. (*Bull. Soc.fr. D. et S.*, n° 6, juin 1906.)

KREN. — Zur Kenntnis der acne cachecticorum (Hebra). (*Wien. Klin. Wochenschr.*, 15 févr. 1906.)

RIDLEY A SAVILL. — Acne keloid. (Derm. Soc. G. B. a. Irel, Febr. 28 th. 1906 ; in : *Brit. Journ. of Derm.*, n° 4, Apr. 1906.)

SICHEL. — Acne vulgaris. (Derm. Soc. London, March 14 th. 1906 ; in : *Brit. Journ. of Derm.*, n° 4, Apr. 1906.)

WHITE. — A case of acne necrotica. (Boston derm. Soc., Febr. ; in : *Journ. of cut. dis.*, June 1906.)

VON ZEISSL. — Die Behandlung der Akne vulgaris, der Sykosis und Follikulitis. (*Wien. med. Presse*, 22 avr. 1906.)

Séborrhéides

ANTHONY. — Eczéma seborrhoicum. (Chicago derm. Soc. ; in : *Journ. of cut. dis.*, Febr. 1906.)

L. DUNCAN BULKLEY. — Dermatitis seborrhoica and its relations to alopecia and other conditions. (*Med. Record.*, May 13, 1905.)

W. S. GOTTHEIL. — Seborrhoea congestiva. (Manhat. derm. Soc., March 1, 1907 ; in : *Journ. of cut. dis.*, Aug. 1907.)

HOWE. — A case of seborrhoic dermatitis. (Boston derm. Soc., febr. ; in : *Journ. of cut. dis.*, June 1906.)

L. JACQUET. — A propos de la séborrhée fœtale ; réponse à M. Hallopeau. (*Bull. Soc. franç. de Derm. et Syph.*, n° 4, avril 1905.)

LEREDDE. — Pityriasis, eczéma séborrhéique et séborrhéides. (*Rev. prat. d. Mal. cut.*, n° 12, 1er déc. 1904.)

MONTGOMERY. — Seborrhoic eczema, case of severe generalized, of sixteen year's duration. (Chicago derm. Soc. ;in : *Journ. of cut. dis.*, Febr. 1906.)

PEYRI. — Sobre un caso de seborroide pitiriasiforme. (*Rev. de med. y cir.*, Mayo 1906, n° 5.)

SCHAMBERG. — Possible seborrhoic dermatitis. (Philad. derm. Soc. March, 20, 1906 ; in : *Journ. of cut. dis.*, July 1906.)

TOWLE. — A case of seborrhoic eczema plus eczema. (Boston derm. Soc. oct. 1905 ; in : *Journ. of cut. dis.*, Jan. 1906.

WEISS. — Seborrhoea congestiva. (Manhattan derm. Soc., 47th meet., Jan. 5, 1906 ; in : *Journ. of cut. dis.*, May 1906.)

Lichen

BROERS. — Lichen spinulosus. (Netherlands Soc. of Derm., June 4 th. 1906 ; in : *Brit. Journ. of Derm.*, n° 6, June 1906.)

EHRMANN. — Folliculitis conglobata, Lichen scrophulosorum. (Wien. derm. Gesellsch., 7 März, 1906 ; in : *Monatsh. f. prakt. Derm.*, B. 42, n° 12, 15 Juni 1906.)

FISCHEL. — Streifen eigentüm lichen ekzemähnlichen Ausschlags. (Berlin.

derm. Gesellsch, 8 mai 1906 ; in : *Monatsch. f. prakt. Derm.*, B. 42, n° 11, Juni 1906.)

HALLOPEAU et GRANDCHAMP. — Sur un lichen de Wilson, systématisé en bandes avec envahissements poplités secondaires en nappes, contagiosité possible. (*Bull. Soc. fr. D. et S.*, mars 1906.)

HALLOPEAU et WEILL. — Sur un nouveau cas de lichen de Wilson pemphigoïde. (*Bull. Soc. fr. D. et S.*, n° 4, avr. 1906.)

PINKUS. — Lichenisierte Partien. (Berlin. derm. Gesellsch., 12 juin 1906 ; in : *Monatsh. f. prakt. Derm.*, B. 43, n° 1, 1 Juli 1906.)

A. POST. — Lichenoid lesion. (Boston derm. Soc., febr. 1907 ; in : *Journ. of cut. dis.*, Sept. 1907.)

SCHAMBERG. — Lichen atrophicus. (Philad. derm. Soc., Oct. 15, 1907 ; in : *Journ. of cut. dis.*, Déc. 1907.)

SYMONEAUX. — Etude du lichen scrofulosorum (tuberculose cutanée papuleuse lichénoïde). (*Thèse Paris*, 1906.)

TRAUTMANN. — Zur Lehre des Lichen ruber pemphigoides. (*Derm. Zeitschr.* B. XIII, H. 5, mai 1906.)

C. J. WHITE. — Lichen obtusus corneus ; an unusual type of licnenification (*Journ. of cut. dis.*, sept. 1907.)

Lichen plan

BURGAUD. — Les érythrodermies du lichen plan. (*Thèse Paris*, 1906, Impr. de la Fac. de Méd., 1906.)

DAWSON. — Lichen planus. (Derm. Soc. G. B. a Irel., Febr. 28 th. 1906 ; in : *Brit. Journ. of Derm.*, n° 4, Apr. 1906.)

DUBOIS-HAVENITH. — Un cas de lichen plan de Wilson. (*Presse méd. belge.* n° 20, 20 mai 1906.)

EHRMANN. — Lichen ruber planus. (Wien. derm. Gesellsch, 7 März, 1906 ; in : *Monatsh. f. prakt. Derm.*, B. 42, n° 12, 15 Juni 1906.)

GRAHAM LITTLE. — Lichen planus annularis. (Derm. Soc. of London, Apr. 11 th. 1906 ; in : *Brit. Journ. of Derm.*, May 1906.)

LAPOWSKI. — Lichen ruber planus universalis. (N. Y. Acad. of Med., Apr., 2, 1907 ; in : *Journ. of cut. dis.*, July 1907.)

VON NEUMANN. — Ueber die Lokalisation des Lichen planus auf der Schleimhaut. (*Wien. med. Woch.*, n° 7, 21 avr. 1906.)

D. M. ORLEMAN-ROBINSON. — A case of acute general lichen planus. (N. Y. Acad. of med., May, 7, 1907 ; in : *Journ. of cut. dis.*, Aug. 1907.)

L. OULMANN. — Lichen planus annularis. (Manhat. derm.Soc., Jan. 1907 ; in : *Journ. of cut. dis.*, July 1907.)

W. A. QUINN. — Case of lichen planus. (Chicago derm. Soc., March 29, 1907 ; in : *Journ. of cut. dis.*, Sept. 1907.)

SCHAMBERG. — A case of a papular eruption suggesting lichen planus. (Philadelp. derm. Soc., Febr. 20 ; in : *Journ. of cut. dis.*, June 1906.)

L. E. SCHMIDT. — Case of lichen planus. (Chic. derm. Soc., Febr. 22, 1907; in : *Journ. of cut. dis.*, Aug. 1907.)

SEIFERT. — Beitrag zur Therapie des Lichen ruber planus. (*Arch. f. D. u. S.*, LXXX, B., 2 H., Juni 1906.)

SPIEGLER. — Lichen ruber planus. (Wien. derm. Gesellsch., 7 März 1906 ; in : *Monatsh. f. prakt. Derm.*, B. 42, n° 12, 15 Juni 1906.)

STELWAGON. — A case of lichen planus annularis. (Philad. derm Soc., May 21, 1907 ; in : *Journ. of cut. dis.*, Aug. 1907.)

STOUT, STELWAGON. — Generalized lichen planus. (Philad. derm. Soc., Oct. 15, 1907 ; in : *Journ. of cut. dis.*, Déc. 1907.)

WHITFIELD. — Linear lichen planus. (Derm. Soc. of London, May 9 th. 1906 ; in : *Brit. Journ. of Derm.*, n° 6, June 1906.)

Psoriasis

R. ABRAHAMS. — Psoriasis of the nails. (Manh. derm. Soc., Febr. 1907 ; in : *Journ. of cut. dis.*, July 1907.)

ALLEN. — Psoriasis associated with leukoderma, treated by X-Ray. (N. Y. derm. Soc., March 27, 1906 : in ; *Journ. of cut. dis.*, July 1906.)

BALZER et DESHAYES. — Psoriasis atypique au cours d'une infection blennorrhagique. (*Bull. Soc. fr. Derm.*, janv. 1906.)

L. M. BONNET. — Note sur l'anatomie pathologique du psoriasis. (Soc. nat. de Méd., 6 déc. 1906 ; in : *Lyon méd.*, n° 8, 24 févr. 1907.)

J. T. BOWEN. — Psoriasis followed by dermatitis ex foliativa. (Boston derm. Soc., janv. 1907 ; in : *Journ. of cut. dis.*, July 1907.)

BULKLEY. — A case of psoriasis showing great improvement under internal treatment. (N. Y. Acad. of med., April 2, 1907 ; in : *Journ. of cut. dis.*, July 1907.)

BURNS. — A case of psoriasis. (Boston derm. Soc.,Febr. ; in : *Journ. of cut. dis.*, June 1906.)

DARIER. — Psoriasis et parakératose. (*Journ. de méd. interne*, n° 11, 1 juin 1906.)

VON DURING. — Therapie der Psoriasis. (*Deutsche der Psoriasis*, 21 déc. 1905.)

FORDYCE. — A case of parapsoriasis. (N. Y. derm. Soc., May 28, 1907 ; in : *Journ. of cut. dis.*, Aug. 1907.)

FREUND. — Psoriasis. (Wien. derm. Gesellsch., 21 Febr. 1906 ; in : *Monatsh. f. prakt. Derm.*, B. 42, n° 12, 15 Juni 1906.)

GAUCHER et DESMOULIÈRE. — Troubles de la nutrition dans le psoriasis. (*Journ. de phys. et de pathol. gén.*, 1905, S. 316.)

GEYSER. — Psoriasis, results of X-ray treatment. (Manh. derm. Soc., Déc. 1, 1905 ; in : *Journ. of cut. dis.*, March 1906.)

GOTTHEIL. — Psoriasis, restricted to the palms. (Manh. derm. Soc., Déc. 1, 1905 ; in : *Journ. of cut. dis.*, March 1906.)

HIMMEL. — Ueber Dermatitis psoriasiformis nodularis (Pityriasis chronica-lichenoïdes). (*Arch. f. Derm. u. Syph.*, LXV, I, Avr. 1903, p. 47.)

HOFFMANN. — Psoriasis. (Berlin. derm. Gesellsch., 3 Juli 1906 ; in : *Monatsh. f. prakt. Derm.*, B. 43, n° 2, 15 Juli 1906.)

HOFFMANN. — Demonstration histologischer Räparate von Psoriasis ver-

rucosa und lichenoides. (Berl. derm. Gesellsch., 12 Dez. 1905; in : *Derm. Zeits.* B. XIII, H. 3, März 1906.)

LAPOWSKI. — Psoriasis of the nails. (N. Y. Acad. of med., april 2, 1907 ; in : *Journ. of cut. dis.*, July 1907.)

LEREDDE. — Notes sur la pathologie et le traitement du psoriasis. (*Rev. prat. des mal. cut. syph., vén.*, juin 1906, n° 6.)

MARCUSE. — Dermatitis nodularis psoriasiformis. (Berlin derm. Gesellsch. 12 Juni 1906 ; in : *Monath. f. prakt. Derm.*, B. 43, n°, 1. 1 Juli 1906.)

QUINN. — Psoriasis. (Chicago, derm. Soc.,; in: *J. of cut. dis.*, Febr. 1906.)

ROSCHER. — Psoriasis. (Berlin derm. Gesellsch., 3 Juli 1906 ; in : *Monatsh. f. prakt. Derm.*, B. 43, n° 2, 15 Juli 1906.)

SPIEGLER. — Psoriasis. (Wien. derm. Gesellsch. 21 Febr.1906 ; in : *Monatsh. f. prakt. Derm.*, B. 42, n° 12, 15 juin 1906.)

WELFELD. — Psoriasis. (*Amer Journ. of Derm.*, n° 3, March 1906.)

WHITFIELD. — Psoriasis associated with rodent ulcer. (Derm. Soc. of London, Déc. 13 th. 1905 ; in : *Brit. Journ. of Derm.*, n° 1, Jan. 1906.)

Maladies bulleuses

R. ABRAHAMS. — Hydroa pruriginosum. (Manhat. derm. Soc., Jan. 1907 ; in : *Journ. of cut. dis.*, July 1907.)

BERNEX. — Un cas de phlyctènes hémorragiques du tympan. (*Mars méd.*, n° 16, 15 août 1905.)

BROERS. — Epidermolysis bullosa hereditaria. (Netherlands Soc. of Derm., June 4 th., 1906 ; in : *Brit. Journ. of Derm.*, n° 6, June 1906.)

CONSTANTIN. — Les formes bulleuses de l'hydroa vacciniforme (Bazin). (*Ann. de Derm.*, n° 12, déc. 1905.)

DAVIS. — Erythema multiforme bullosum. (Philad. derm. Soc., March 20, 1906 ; in : *Journ. of cut. dis.*, July 1906.)

S. EHRMANN.— Versuche über Lichtwirkung bei Hydroa aestivalis (Bazin); sommereruption (Hutchinson). (*Arch. f. Derm. Syph.*, LXXVII B, 2 H., nov. 1905.)

ENGMAN A. MOOK. — A study of some cases of epidermolysis bullosa. (*Journ. of cut. dis.*, Febr. 1906.)

GRANDJEAN-BAYARD. — Etude sur le pemphigus congénital à kystes épidermiques. (*Thèse Paris*, 1906.)

A. JORDAN. — Ein Beitrag zur Bazinschen Hydroa vacciniformis s. Hutchinsonschen Summerprurigo oder Sommereruption. (*Monatsh. f. prakt. Derm.*, B. 42, n° 3, I febr. 1906.)

JOURDANET. — Les affecfions bulleuses de l'enfant en bas âge. (*Lyon méd.*, 20 mai 1906.)

LESSER. — Epidermolysis bullosa. (Berl. derm. Gesellsch., 12 Dez. 1905 ; in : *Arch. f. D. u. S.*, LXXIXB, 1 H., März 1906.)

MALINOWSKI.— Ueber Hydroa vacciniformis. (*Arch. f. D. u. S.*, LXXVIII B, 2 u. 3 H., febr. 1906.)

MONTGOMERY. — Hydroa œstivale complicated with eczema seborrhoicum. (Cihcago derm. Soc., in : *Journ. of cut. dis.*, Febr. 1906.)

RAVOGLI. — Pemphigus vegetans. (*Journ. of cut. dis.*, July 1906.)

SCHAMBERG. — Bullous dermatitis. (Philad. derm. Soc., April 16, 1907 ; in : *Journ. of cut. dis.*, July 1907.)

HARMON SMITH. — Cas de pemphigus du voile et de l'amygdale. (Acad. de méd. New-York., 28 déc. 1905 ; in : *Rev. hebd. de Lar. ot. et Rhin.*, n° 28, 14 juill. 1906.)

SWOBODA. — Epidermolysis bullosa hereditaria. (Gesellsch. f. inn. Med. in Wien., 21 juin 1906 ; in : *Wiener med. Woch.*, n° 29, 14 Juli 1906.)

ULLMANN. — Epidermolysis congenita. (Gesellsch. f. inn. Med. in Wien., 21 juin 1906 ; in *Wien. med. Woch.*, n° 29, 14 Juli 1906.)

VALENTIN. — Zur Kasuistik der Epidermolysis bullosa hereditaria. (*Arch. f. Derm. u. Syph.*, LXXVIII B., 1 H., Jan. 1906.)

ZUMBUSCH. — Pemphigus vulgaris. (Wien. derm. Gesellsch., 7 März 1906 ; in : *Monatsh. f. prakt. Derm.* B. 42, n° 12, 15 juin 1906.)

Dermatites

BOSELLINI. — Di una dermatite cronica verrucoïde delle mani. (*Giorn. ital. d. mal. ven.*, fasc. III, 1906.)

DAVIS. — A case of dermatitis factitia. (Philadelp. derm. Soc., Febr. 120 ; in : *Journ. of cut. dis.*, June 1906.)

B. FOSTER. — Dermatitis exfoliativa. (*Journ. of cut. dis.*, Apr. 1907.)

GALEWSKY. — Ueber berufliche Formalinonychien und Dermatitiden. (*Munch. med. Woch.*, 24 janv. 1905.)

MEWBORN. — Dermatitis papillaris capillitii. (N. Y. derm. Soc. 339th meet. Febr. 27, 1906 ; in : *Journ. of cut. dis.*, June 1906.)

STELWAGON. — Dermatitis factitia. (Philadel. derm. Soc., March 20, 1906 :; in : *Journ. of cut. dis.*, July 1906.)

Dermatite herpétiforme

J. T. BOWEN. — Dermatitis herpetiformis. (Boston derm. Soc., Jan. 1907 ; in : *Journ. of cut. dis.*, July 1907.)

E. A. FISCHKIN. — Case of dermatitis herpetiformis. (Chicago derm. Soc., March 29, 1907 ; in : *Journ. of cut. dis.*, sept. 1907.)

GRAHAM LITTLE. — Dermatitis herpetiformis. (Derm. Soc. of London, June 13 th. 1906 ; in : *Brit. Journ. of Derm.* July 1906.)

HARTZELL. — A case of dermatitis herpetiformis. (Philad. derm. Soc., May 21, 1907 ; in : *Journ. of cut. dis.*, Aug. 1907.)

F. C. KNOWLES. — Dermatitis herpetiformis in chilhood : report of a case in a child of six years. (*Journ. of. cut. dis.*, June 1907.)

ROSCHER. — Dermatitis herpetiformis. (Berlin. derm. Gesellsch, 3 Juli 1906 ; in : *Monatsh. f. prakt. Derm.*, B. 43, n° 2, 15 Juli 1906.)

STELWAGON. — A case of dermatitis herpetiformis. (Philad. derm. Soc., May 21, 1907 ; in : *Journ. of cut. dis.*, Aug. 1907.)

C. J. WHITE AND BURNS. — Dermatitis herpetiformis. (Boston derm. Soc., Jan. 1907 ; in : *Journ. of cut. dis.*, July 1907.)

Pityriasis rosé

L. BROCQ. — Eruptions intermédiaires au pityriasis rosé de Gibert et aux séborrhéïdes psoriasiformes. Quelques généralités sur les faits de passage et la représentation graphique des dermatoses. (*Presse méd.*, 11 juill. 1903.)

G. BUREAU. — Le pityriasis rosé de Gibert. (*Gaz. méd. Nantes*, 10 oct. 1903.)

GRAHAM LITTLE. — Pityriasis rosea. (Derm. Soc. of G. Br. a Irel., March 28 th 1906 ; in : *Brit. Journ. of Derm.*, May 1906.)

HALLOPEAU. — Sur une forme ortiée de pityriasis rosé. (*Bull. Soc. fr. Derm. et Syph.*, nº 8, nov. 1905.)

HOWE. — A case of Pityriasis Rosea and Eczema. (Boston Derm. Club. ; in : *Journ. of cut. dis.* XXI, nº 250, juillet 1903, p. 335.)

D. W. MONTGOMERY. — Pityriasis rosea. (*Journ. of cut. dis.*, April 1906.)

PHOTINOS. — Pityriasis rosea. (Berlin derm. Gesellsch., 8 mai 1906 ; in : *Monatsh. f. prakt. Derm.*, B. 42, nº 11, 1 juin 1906.)

RICHARD. — Pityriasis rosé de Gibert au cours d'un rhumatisme articulaire suivi de chorée. (*Rev. méd. de Normandie*, 10 sept. 1904.)

SABOURAUD. — Note sur l'histologie du pityriasis rosé de Gibert. (*Rev. prat. des mal. cut.*, nº 3, 1 juin 1902.)

SCHAMBERG. — Pityriasis rosea. (Philadel. derm. Soc., March 20, 1906 ; in : *Journ. of cut. dis.*, July 1906.)

SZABOKY. — Beiträge zur Aetiologie der Pityriasis rosea. (*Monatsh. f. prakt. Derm.*, B. 42, nº 10, 15 mai 1906.)

THIBAULT. — Note sur un cas de pityriasis rosé de Gibert. (*Anjou méd.*, nº 5, mai 1904.)

HARVEY P. TOWLE. — Pityriasis rosea. (*Journ. of cut. dis.*, april 1904.)

L. WEISS. — Pityriasis rosea, an erythematous eruption of internal origin. (*Journ. of Amer. Med. Assoc.*, 4 juillet 1903.)

C. J. WHITE. — A case of pityriasis rosea ? (Boston derm. Soc., jan. meet ; in : *Journal of cut. dis.*, May 1906.)

F. WISE. — Pityriasis rosea ; with a report of several cases of this disease mistaken for cutaneous syphilis. (*Med. Rec.*, May, 11, 1907.)

Pityriasis rubra pilaire

BALDWIN. — Pityriasis rubra pilaire (Devergie). (Chicago derm. Soc. ; in : *Journ. of cut. dis.* XXI, nº 248, mai 1903 p. 224.)

BRAULT. — Cas de pityriasis rubra pilaire chez une femme. (*Bull. Soc. ; D. et S.*, nº 5, mai 1906.)

DU CASTEL. — Affection érythémato-hyperkératosique des mains. Pityriasis rubra pilaire. (*Bull. Soc. Derm.*, XIV, 6, juin 1903, p. 226.)

V. DUDUMI. — Trei casuri de pitiriasis rubra pilar (Besnier) sau lichen ruber acuminatus (Kaposi). (*Tip. l'Indép. Roumaine* Bucuresti, 1904.)

DUFOUR. — Cas de diagnostic (pityriasis rubra ou névrodermite). (*Bull. Soc. belge Derm. et Syph.*, 1901-1902, nº 1, 2ᵉ année.)

Evans (Willmott). — Pityriasis rubra pilaire. (Derm. Soc. of Lond. ; in : *The Brit. Journ. of Derm.*, XV, 4, avril. 1903, p. 129.)

Fordyce. — Case of Pityriasis rubra pilaris. (New-York Dermat. Soc. ; in : *Journ. of cut. dis.* XXI, n° 250, juillet 1903, p. 231.)

Gaucher et Weill. — Pityriasis pilaris. (*Bull. Soc. Derm.*, XIV, 6 juin 1903, p. 231.)

Arthur Hall. — Case of Pityriasis rubra pilaris (Devergie) in child of four years. (*Brit. Journ. of Derm.*, n° 181, nov. 1903.)

Hartzell. — Pityriasis rubra pilaris. (Philadel. derm. Soc., March 20, 1906 ; in : *Journ. of. cut. dis.*, July 1906.)

Hudelo et Hérisson. — Pityriasis rubra pilaris chez un enfant de deux ans. (*Bull. Soc. franç. de D. et S.*, n° 4, avril. 1905.)

Hyde. — Pityriasis rubra pilaris. (Chicago derm. Soc. ; in : *Journ. of cut. dis.*, Febr. 1906.)

F. H. Montgomery. — A case of pityriasis rubra pilaris, in which the recent lesions were indistinguishable from those of lichen planus. (Chicago derm. Soc., Febr. 22, 1907 ; in : *Journ. of cut. dis.*, Aug. 1907.)

F. Montgomery a. P. Bassœ. — A case of pityriasis rubra of Hebra's type with autopsy report. (*Journ. of cut. dis.*, July 1906.)

Neisser. — Pityriasis rubra pilaris. (*Sond. abd. a. d. Verhandlungen der Deutsch. Dermat. Gesellschaft.* Breslau 1901.)

Pusey. — Pityriasis rubra pilaris. (Chicago derm. Soc. ; in : *Journ. of cut. dis.*, Febr. 1906.)

Terra. — Pityriasis rubra pilaris. (*Brazil med.*, 15 avr., 1,8 et 15 mai 1905.)

Vignolo-Lutati. — Ueber Pityriasis rubra pilaris. Histopathologische Unterscuchungen insbesondere des Hautnerven-Systems. (*Arch. f. D. u. S.*, LXXIX B. 2. u. 3. H., Apr. 1906.)

Pityriasis

Blanck. — Pityriasis lichenoides chronica. (Berl. derm. Gesellsch, 14 nov.r 1905 ; in *Derm. Zeitschr.* B. XIII, H. 2, Febr. 1906.)

Danlos. — Eruption pityriasique indéterminée pouvant faire croire à une syphilis. (*Bull. Soc. fr. d. D. et S.*, n° 1, janv. 1905.)

Engelmann. — Pityriasis rubra chronica universalis. (*St.-Petersb. méd. Wochchr.*, 49 u. 50, 1905.)

J. G. Mendoza. — Caso de pitiriasis del cuero cabelludo. (*Chronica. med. mex.*, VI, 7, juillet 1903.)

Tschlenow. — Ein Beitrag zur Kenntnis der Pityriasis rubra (Hebra). (*Arch. f. Derm. u. Syph.*, LXIV Bd. 1 Heft, janv. 1903, p. 21.)

Tschlenow. — Pityriasis rubra de Hebra. (*Russki journ. Kochn. y. Vener. Bolesnej*, 1901, fasc. 11-12.)

White (C. T.). Erythrodermie pityriasique en plaques disséminées. *Journ. of cut. dis.*, vol. XXI, Avr. 1903, p. 153.)

Difformités

Arthur ALEXANDER. — Mehrere Fälle von Hautatrophie.(*Derm. Zeitschr.*, B. XI, H. 5, mai 1904.)

BAYLE. — Etude sur les calcifications de la peau et du tissu cellulaire souscutané. (*Thèse de Paris*, 1905.)

BICHAT. — Corne cutanée. (Soc. de Méd. de Nancy ; in : *Rev. méd. de l'Est*, XXXV, 16, 15 août 1903, p. 496.)

COLCOTT FOX. — Epidermolysis. (Derm. Soc. of London, May 10 th, 1905 ; in : *Brit. Journ. of Derm.*, n° 6, June 1905.)

DUBOIS-HAVENITH. — Un cas de diagnostic : athrophodermie de nature indéterminée. (N° 30, 29 juillet 1906.)

EHRMANN. — Atrophia cutis idiopathica. (Wien. derm. Gesellsch., 21 Febr. 1906 ; in : *Monatsh. f. prakt. Derm.*, B. 42, n° 12, 15 Juni 1906.)

GROSS (G.). — Corne cutanée de 23 centimètres de longueur. (Soc. de Méd. de Nancy ; in : *Rev. Méd. de l'Est*, XXXV, 16, 15 août 1903, p. 497.)

HARTZELL. — A case of mummification of the skin. (Philadelph. derm. Soc. Febr. 20 ; in : *Journ. of cut. dis.*, June 1906.)

HUGUIER. — Corne du cuir chevelu. (Soc. anat. 29 juin 1906 ; in : *Presse méd.*, n° 53, 4 juill. 1906.)

JEANSELME. — Les malformations de la peau. (*Journ. des Prat.*, n° 45, 11 nov. 1905.)

B. KREISSL. — Hämochromatosis der Haut und Bauchorgane bei idiopathischer Hautatrophie mit Erythrodermie. (*Arch. f. Derm. u. Syph.*, nov. 1904.)

K. LÖWY. — Zur Kenntnis der entzündlichen Atrophie des subkutanen Fettgewetes mit Bemerkungen zur Arbeit des Dr Tokujiro Suzuki. (*Arch. f. Derm. Syph.*, LXXVI B. 3 H., sept. 1905.)

MEWBORN. — Symmetrical cutaneous atrophy, a case of. (New-York dermat. Soc., March 28 th. 1905 ; in : *Journ. of cut. dis.*, n° 6, June 1905.)

OPPENHEIM. — Ein Fall von Atrophia cutis idiopathica. (Wien. derm. Gesellsch., 7 Juni 1905 ; in : *Arch. f. Derm. u.Syph.*, LXXVIII, B. 1 H, Jan. 1906.)

MORIZ OPPENHEIM. — Zur Kenntnis der atrophia maculosa cutis (Anetodermia erythematosa, Atrophodermia erythematosa maculosa. (*Archiv. für Derm. und. Syph.*, LXXXI, Band. 1 Heft 1906.)

ROCHARD. — Corne cutanée du tronc. (*Gaz. des Hôp.*, n° 59, 24-26 mai.)

Paul RUSCH. — Beiträge zur Kenntnis der idiopathischen Hautatrophie. (*Archiv.* LXXXI Band. 1 Heft, 1906.)

. P. THIMM. — Ueber erworbene progressive idiopathische Hautatrophie. (*Archiv. für Derm. und Syph.*,, LXXXI, Band 1, Heft. 1906.)

WINFIELD. — A case of peculiar symmetrical atrophy of the skin. (N. Y. derm. Soc., 339 th. meet. Febr. 27, 1906 ; in : *Journ. of cut. dis.*, June 1906.)

Verrues — Papillomes

G. BUREAU. — Les verrues planes juvéniles. (*Gaz. méd. de Nantes*, 31 déc. 1904.)

G. Bureau. — Les verrues planes juvéniles. — (*Ann. d. Méd. et chir., inf.*, n° 4, 15 févr. 1905.)

Ottokar Chiari. — Contribution au diagnostic différentiel entre les papillomes durs et les proliférations gommeuses du larynx. (*Rev. hebd. de lar. d'ot. et de rhin.*, n° 11, 17 mars 1906.)

Cléjat. — Verrues plantaires. (Soc. d'anat. et de Phys. de Bordeaux, 13 mars 1905 ; in : *Journ. de méd. Bordeaux*, n° 21, 21 mai 1905.)

Courant. — Ueber die Vereisung spitzer Condylome mittels Aethylchlorid. (*Allg. med. Centr. Zeit.*, 2 sept. 1905.)

Ciuffo. — Recherches sur l'agent pathogène des verrues. (*Gaz. d. Osped.*, 15 juill. 1906.)

Derewenkow. — Papillome des Nierenbeckens. (*Wratschebnaja Gaz.*, 6, 1906.)

Charles J. Drueck. — Peri-anal vegetations. (*Amer. Journ. of Derm.*, n° 2, March 1904.)

Evans (*Willmott*).— Papilloma lineare. (Derm. Soc. of London, Apr. 11 th. 1906 ; in : *Brit. Journ. of Derm.*, May 1906.)

Graham Little. — Multiple tuberculosis verrucosa cutis. (Derm. Soc. of London, Febr. 14 th. 1906 ; in : *Brit. Journ. of Derm.*, March 1906.)

T. J. P. Hartigan.— Verrucose condition of the legs. (Derm. Soc. of G. B. and Irel., April 26 th 1905. ; in : *Brit. Journ. of Derm.*, n° 6, June 1905.)

Heller. — Verruköse Eruption. (Berl. derm. Gesellsch, 8 mai 1906 ; in : *Monatsh. f. prakt. Derm.*, B. 42, n° 11, 1er juin 1906.)

Hoffmann. — Psoriasis verrucosa und Lichen ruber verrucosus. (Berl. derm. Gesellsch, 12 Dez. 1905 : in ; *Arch. f. D. u. S.*, LXXXI B., 1 H. März 1906.)

Mantelin. — Verrues multiples siégeant aux lèvres et aux mains. Guérison complète en un mois. (*Journ. d. Prat.*, n° 32, 6 a. 1904.)

Maugeri. — Papillomes de la luette et du voile du palais. (*Arch. intern. de lar. ot. et rhin.*, mai-juin 1906.)

D. W. Montgomery. — Papilloma of the sole. (*Journ. of Amer. Med. Assoc.*, 11 juill. 1903.)

Maurice Peraire. — Des fibro-papillomes de l'ombilic. (*Bul. méd.*, n° 10, 6 févr. 1904.)

Pospelow. — Behandlung der Verruca juvenilis mit Arsenik. (Mosk. ven. derm. Gesellsch., 17 /30 März, 1906 ; in : *Monatsh. f. prakt. Derm.*, B. 42, N. 9, 1 mai 1906.)

Ricklin. — Nature et traitement des condylomes pointus. (*Rev. int. de clin. et thér.*, 18 févr. 1907.)

M. Schein. — Die Behandlung des Condyloma acuminatum mittels Erfrierung. (*Wien. klin. Wochenschr.*, 5 févr. 1905.)

Sequeira. — Verrucæ juveniles. (Derm. Soc. of London, May 10 th. 1905 ; in : *Brit. Journ. of Derm.*, n° 6, June 1905.)

Stelwagon. — Verruca planum juneviles. (Philad. derm. Soc., March 20, 1906 ; in : *Journ. of cut. dis.*, July 1906.)

Terra. — Uni caso de verrucose. (*Brazil medico*, 8 août 1903.)

Thibierge. — Coïncidence de verrues planes du visage et des mains et de

végétations des organes génitaux chez une même malade. (*Bull. Soc. fr. Derm. et Syph.*, n° 8, nov. 1905.)

THOMSON. — Enorme tumeur verruqueuse du pied. (*Bull. d. l. Soc. d. D. et S.*, n° 2, mars 1904.)

VOLLMER. — Ueber Papillomatose. (*Arch. f. D. u. S.*, LXXIX, B., 2. u. 3. H., Apr. 1906.)

Eléphantiasis

J. BERNSTEIN et F. W. PRICE. — Chronic peritonitis causing elephantiasis. (*Brit. med. journ.*, March 16, 1907.)

BRUNN (Max). — Beitrag zur Elephantiasis neuromatosa. (*Beitr. z. klin. Chir.*, Bd. 48, 1906, H. 3, 852-859, 3 fig.)

H. C. CURL. — The treatment of elephantiasis : a note. (*Journ. of cut. dis.*, n° 9, sept. 1905.)

DENIS. — Eléphantiasis du scrotum, oschéotomie, guérison. (*Arch. des laborat. des hôp. d'Alger*, mars 1906.)

FRIGYES. — Ueber Hypertrophie respective Elephantiasis des Labium vulva combinirt mit linksseitigem Leistenbruch. (*Pester med. chir. Presse*, n° 52, déc. 1905.)

FROMAGET. — Eléphantiasis des paupières. (Soc. d'anat. et de phys. Bordeaux, 5 mars 1906 ; in : *Gaz. hebd. des Sc. méd. Bordeaux*, n° 12, 25 mars 1906.)

FROMAGET et BARATON. — Eléphantiasis des paupières et sinusite maxillaire. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, n° 24, 1906.)

HALLOPEAU et GRANCHAMP.—Sur une dermite végétante avec éléphantiasis entée sur une asphyxie locale mutilante des extrémités. (*Bull. Soc. fr. D.*, n° 2, févr. 1906.)

HERVOUET et SÉBILLEAU. — Ostéo-périostite du tibia et du péroné gauche, avec éléphantiasis. (Soc. méd.-chir des Hôp., 8 févr. 1906 ; in : *Gaz. méd. Nantes*, n° 15, 14 avr. 1906.)

KOUZNETZOV. — Traitement de l'éléphantiasis des extrémités par l'excision cunéiforme des parties molles (en russe). (*Roussk. Khirurg. Arkh.*, XXI, 4-5-6, 1905.)

LOGERAIS. — Opération d'un scrotum éléphantiasique. (*Rev. prat. des mal. des org. gén.-urin.*, n° 12, 1 janv. 1906.)

ALBERT MAYER. — Ein Fall von Elephantiasis der Oberextremität. (*Dermat. Central.* Januar, n° 4, 1905.)

RADCLIFFE-CROCKER. — Elephantiasis of the lips. (Derm. Soc. of London, Febr. 14 th. 1906 ; in : *Brit. Journ. of Derm.*, March 1906.)

RUBESCH. — Zwei Fälle von fibromatöser Elephantiasis. (*Beitr. z. klin. chir* Bd. 48, 1906, H. 3, S, 843-851, 3 fig.)

SHOEMAKER. — Elephantiasis. (Philad. derm. Soc., March 20, 1906 ; in : *Journ. of cut. dis.*, July 1906.)

N. SWOBODA. — Ein weiterer Fall von sogenannter Elephantiasis congenita. (*Wien. med. Woch.*, n° 40, 30 sept. 1905.)

VAUTRIN. — Présentation d'un éléphantiasis du scrotum. (Soc. d. Méd. Nancy, 27 juill. 1904 ; in : *Revue méd. de l'Est*, n° 24, 15 déc. 1904.)

WECHSELMANN. — Ein Fall von Elephantiasis teleangiectodes der rechten unteren Extremität und Skrotalhältfe mit hemiatrophischer Hypoplasie der rechten Gesichtshälfte. (*Arch. f. Derm. u. Syph.*, LXXVII B, 3 H. Dez. 1905.)

Acanthosis nigricans

ALLEN. — Case of acanthosis nigricans. (N. Y. derm. Soc., 339 th. meet Febr. 27, 1906 ; in : *Journ. of cut. dis.*, June 1906.)

GAUCHER, PHOTINOS et EVANGELOU. — Sur un cas de mélanodermie papillomateuse ou acanthosis nigricans. (*Bull. Soc. fr. D. et S.*, n° 6, juin 1904.)

CARL GROUVEN. u. BERNHARD FISCHER. — Beitrag zur Acanthosis nigricans. (*Arch. f. D. u. S.*, LXX B., 2. H, juin 1904.)

MENAHEM HODARA. — Ein Fall von Acanthosis nigricans im Gefolge eines Brustkrebses. (*Monatsh. f. prakt. Derm.*, B. 40, n° 12, 15 juin 1905.)

W. A. PUSEY.— Case of acanthosis nigricans. (Chicago derm. Soc., Febr. 22, 1907 ; in : *Journ. of cut. dis.*, Aug. 1907.)

Chéloïdes

DE BEURMANN et GOUGEROT. — Chéloïdes des muqueuses. (*Bull. Soc. fr. D. et S.*, 1 févr. 1906.)

BRYTSCHEW. — Cicatrices post variolam veram. (Moskauer ven.- derm. Gesell., 28 Apr. 11 Mai 1906 ; in : *Monatsh. f. prakt. Derm.*, B. 42, n° 12, 15 juin 1906.)

CONSTANTIN et BOYREAU. — Chéloïdes d'origine bromopotassique ; action de la fibrolysine. (*Bull. Soc. fr. D. et. S.*, n° 6, juin 1906.)

H. KIRSCH. — Zwei Fälle von spontanem Keloid. (*Arch. f. D. u. S.*, LXXVIII B., 2 u. 3 H., Febr. 1906.)

PFAHLER. — A case of keloid following a gasoline burn. (Philadelphia derm. Soc., déc. 19, 1905 ; in : *Journ. of cut. dis.*, Febr. 1906.)

REDARD et BARRET. — Traitement des chéloïdes par l'effluve de haute fréquence. (*Presse méd.*, n° 55, 11 juill. 1906.)

L. WEISS. — Idiopathic keloid, recurrent after operation. (Man. derm. Soc. nov. 3, 1905 ; in : *Journ. of cut. dis.*, Jan. 1906.)

Xeroderma pigmentosum

C. ADRIAN.— Ueber Xeroderma pigmentosum mit besonderer Berücksichtigung der Blutveränderungen. (*Derm. Centralbl.*, Febr. 1904, n° 5.)

V. BANDLER. — Zur Histologie der Melanosis lenticularis progressiva (Xeroderma pigmentosum). (*Arch. f. Derm. Syph.*, LXXVI B., 1 H., juli 1905.)

Adolf BAYARD. — Zur Kenntniss des Xeroderma Pigmentosum. (Basel. Aktiendruckerei « Basler Volksblatt », 1903.)

DE BEURMANN et GOUGEROT. — Syndrome rappelant le xeroderma pigmentosum au cours d'un épithélioma gastrique. (*Bull. Soc. fr. D. et S.*, n° 4, avr. 1906.)

Du Castel. — Xeroderma pigmentosum. (*Bull. Soc. fr. Derm. et Syph.*, 13e année, n°9, déc. 1902, p. 504.)

Forster. — Xeroderma pigmentosum. (*Deutsche med. Zeit.*, n° 75, 19 sept. 1904 ; n° 76, 22 sept. 1904 ; n° 77, 26 sept. 1904.)

Fox. — Xeroderma pigmentosum. (N. Y. derm. Soc., March 27, 1906 ; in : *Journ. of. cut. dis.*, July 1906.)

Ischreyt. — Ueber die Augenveränderungen bei xeroderma pigmentosum. (*St-Petersb. med. Wochenschr.*, 5 nov. 1904.)

Löw. — Beitrag zur Kenntnis der Xeroderma pigmentosum (Kaposi). (*Derm. Zeitschr.*, B. XIII, H. 7, Juli 1906.)

Albert Monthus. — Des altérations oculaires dans le Xeroderma pigmentosum. (*Ann. de Derm. et de Syph.*, juillet 1902, Tome III, n° 7.).

Nicolas et Favre. — Deux observations pour servir de contribution à l'étude clinique et histologique du xéroderma pigmentosum. (*Ann. de D. et S.*, n° 6, juin 1906.)

Pernet (G.). — Tumours of xeroderma pigmentosum (*British. med. Journ.*, 25 oct. 1902, p. 1334.)

Sequeira. — Xerodermia pigmentosa. (Derm. Soc. of London, june 13 th. 1906 ; in : *Brit. Journ. of Derm.*, July 1906.)

Zumbusch. — Xeroderma pigmentosum. (Wien. derm. Gesellsch., 21 Febr. 1906 ; in : *Monatsh. f. prakt. Derm.*, B. 42, n° 12, 15 Juni 1906.)

Neurofibromatose

Bourcy et Laignel-Lavastine. — Autopsie d'un cas de maladie de Recklinghausen. (*Rev. de méd.*, n° 11, 10 nov. 1907.)

J. Brault et J. Tanton. — Sur un cas de neuro-fibromatose généralisée (*Arch. gén. de méd.*, n° 39, 26 sept.1905.)

Charmeil et Lambret. — Neuro-fibromatose généralisée. (Soc. de Méd. du départ. du Nord, 22 nov. 1907 ; in : *Nord méd.*, 1 déc. 1907.)

E. L. Cocks. — Neurofibroma. (Manhat. derm. Soc., Jan. 1907 ; in : *Journ. of cut. dis.*, July 1907.)

O. Lambret et Gérard. — Neuro-fibromatose généralisée. Enorme tumeur royale. (*Echo méd. du Nord.*, p. 30, 1908.)

Maillard. — Maladie de Recklinghausen avec dystrophie du tissu fibreux. (Soc. de Neurol., 7 déc. 1905. ; in : *Gaz. des Hôp.*, p. 1688, 1905.)

Merk. — Ueber die multiple Neurofibromatose (Fibromata mollusca). (*Arch. f. Derm. u. Syph.*, LXXIII, 1, 1905.)

Oddo. — Maladie de Recklinghausen. (*Mars. méd.*, n° 12, 15 juin 1905.)

Pagliano et Espanet. — Maladie de Recklinghausen. (Com. Méd. d. B.-du-Rh., mai 1906 ; in : *Arch. gén. de méd.*, n° 60, 24 juill. 1906.)

Pauly et Ch. Roubier. — Maladie de Recklingausen et tuberculose pulmonaire. (Soc. méd. d. Hôp. Lyon, 19 nov. 1907 ; in : *Lyon méd.*, 29 déc. 1907.)

Pierron et Henry. — Un cas de neurofibromatose généralisée. (*Arch. méd. et pharm. milit.*, n° 11, nov. 1907.)

Poisson. — Maladie de Recklingausen. (Soc. d'anat. Patho., 19 janv. 1905; in : *Gaz. méd. de Nantes*, 18 févr. 1905.)

J. POLLAK. — Die Atrophie bei multipler Neurofibromatose. (*Arch. f. Derm. u. Syph.*, LXXVIII B. 1 H. Jan. 1906.)

SIMON et HOCHE. — Autopsie dans un cas de neurofibromatose généralisée. (Soc. de méd. Nancy, 12 juill. 1905; in : *Rev. méd. Est.*, n° 21, 1er nov. 1905.)

THIBAULT. — Un cas de maladie de Recklinghausen. (*Anjou méd.*, n° 11, nov. 1905.)

L. WEISS. — Multiple neuro-fibromata. (Manhattan derm. Soc., 47 th. meet., Jan. 5 1906 ; in : *Journ. of cut. dis.*, May 1906.)

Sarcomatose

AUBERT. — Sarcome des parties molles du bras. (Soc.' Anat. et Phys. Bordeaux, 16 déc. 1907 ; in : *Gaz. h. d. Sc. méd. Bordeaux*, n° 3, 19 janv. 1908.)

AVIRAGNET et COYON. — Tumeurs cutanées multiples de nature sarcomateuse chez une fillette de six mois. (*Bull. Soc. fr. Derm.*, n° 7, juill. 1905.)

BAYET. — Sarcome idiopathique (type Kaposi). (*Bull. Soc. belge Derm.*, 5e ann. n° 2, 12 mars 1905.)

DE BEURMANN et GOUGEROT. — Sarcome globo-cellulaire multiple hypodermique (type Perrin), chez un enfant de 6 mois. (*Bull. Soc. fr. D. et S.*, n° 4, avr. 1906.)

BUSCHKE. — Ueber einen Fall von symmetrischen sarkomatösen (?). Tumoren der Schläfenregionen und der Wangen (Chlorom ?). (*Berl. klin. Wochenschr.*, 1905, n° 32.)

COUETOUX. — Contribution à l'étude du développement et de la structure des épulis sarcomateuses. (*Thèse Paris*, 1906.)

DANLOS. — Lymphosarcome circonscrit de la langue. (*Bull. Soc. franç. d. Derm. et Syph.*, n° 8, nov. 1904.)

A. HALLE. — Ein Beitrag zur Kenntnis des Sarcoma idiopathicum multiplex haemorrhagicum (Kaposi). (*Arch. f. Derm. u. Syph.*, LXXII B., 3 H., Dez. 1904.)

JORDAN (Arthur). — Kurze Mitteilung über das weitere Schicksal meines Falles von Sarcoma cutis idiopathicum multiplex haemorrhagicum. (*Monatsh. f. prakt. Derm.*, B. 41, nos 5, 1 sept. 1905.)

F. KRYSZTALOWICZ. — Un cas de sarcomes primitifs multiples de la peau. (*Przegl. Lek.*, n° 49, 51, 1903 et *Przegl. Chir.*, T. V, Z. IVa, 1905.)

LAIGNEL-LAVASTINE et VITRY. — Sarcomatose à myéloplaxes. (*Société anatomique*, 27 juillet 1906.)

LEGRAIN. — Sarcome du sein chez une femme kabyle. (*Bull. Soc. fr. Derm.*, janv. 1906.)

LESIEUR, THÉVENOT et DUMAS. — Sarcomatose ganglionnaire généralisée, consécutive à un sarcome de l'ovaire. (Soc. méd. des Hôp. Lyon, 30 janv. 1906 ; in : *Lyon méd.*, n° 7, 18 févr. 1906.)

LUSTGARTEN. — Angiosarcoma. (New-York derm. Soc., 337 th. M. Nov. 28, 1905 ; in : *Journ. of cut. dis.*, Febr. 1906.)

J. M. H. MACLEOD. — Notes on the histo-pathology of multiple idiopathic hœmorrhagic sarcoma. (*Brit. Journ. of Derm.*, n° 5, May 1905.)

MELDOVAN. — Ueber Kongenitale Sarkom-und Fibrombildung der Haut. (*Prag. med. Woch.*, 20 et 27 juill. 1905.)

G. MIGLIORINI. — Contributo clinico ed istologico alla conoscenza dei sarcomi cutanei. I sarcomi solitari. (*Giorn. ital. mal. ven.*, fasc. III, IV, 1905.)

PELAGATTI. — Sul sarcoma molteplice primitivo del Kaposi. (*Giorn. ital. d. mal. ven.*, fasc. V, 1905.)

PERAIRE. — Pseudo-sarcome de la cuisse. (Soc. de l'internat des Hôp. de Paris, 28 juin 1906 ; in : *Presse méd.*, n° 54, 7 juill. 1906.)

PFAHLER. — A case of sarcoma of the inferior maxilla. (Philadelph. derm. Soc., Febr. 20 ; in : *Journ. of cut. dis.*, June 1906.)

V. H. RUTHERFORD. — Multiple sarcoma of the skin. (Derm. Soc. of G. Brit. a Irel., Jan. 25 th. 1905 ; in : *Brit. Journ. of. Derm.*, n° 3, March 1905.)

G. SICHEL. — Sarcomatosis cutis. (Derm. Soc. of London, May 10 th. 1905 in : *Brit. Journ. of Derm.*, n° 6, June 1905.)

STEMBO. — Zwei Fälle von gebesserten resp. geheiltem Sarkom mit Hülfe von Röntgenstrahlen. (*Derm. Zeitschr.*, B. XIII, H. 4, April 1906.)

STICKER. — Transmission du sarcome au chien. (Soc. de méd. Berlin, 21 mars 1906 ; in : *Sem. méd.*, n° 14, 4 avr. 1906.)

THIBAULT. — Lipomes sous-cutanés multiples ou sarcome sous-cutané primitif. (*Anjou méd.*, n° 11, nov. 1905.)

WAUTHY. — Sarcome de la région pré-sternale. (Soc. d'Anat. path., 23 févr. 1905 ; in : *Journ. méd. Bruxelles*, n° 12, 22 mars 1906.)

WEBER et DASER. — Sarcome pigmentaire multiple idiopathique de Kaposi (sarcome hémorrhagique multiple idiopathique). (*Rev. prat. d. mal. cut.*, n° 10, oct. 1905.)

F. PARKES WEBER a. P. DASER. — Idiopathic multiple pigment sarcoma (idiopathic multiple haemorrhagic sarcoma) of Kaposi. (*Brit. Journ. of Derm.*, Apr. 1905, n° 4.)

L. WEISS. — Sarcomatosis cutis multiplex. (Manhattan derm. Soc., nov. 3, 1905 ; in : *Journ. of cut. dis.*, Jan. 1906.)

Tumeurs de la peau.

ADLER. — Hauttumor. (Berl. derm. Gesellsch, 12 Dez. 1905 ; in: *Arch. f. D. u. S.*, LXXIX, B., 1 H., März 1906.)

BALZER et FOUQUET. — Nodosités fibreuses consécutives à des injections sous-cutanées d'huile eucalyptolée et iodoformée. (*Bull. Soc. fr. derm. et Syph.*, n° 1, janv. 1904.)

C. BOECK. — Fortgesetzte Untersuchungen über das multiple benigne Sarkoid. (*Arch. f. D. u. S.*, LXXIII B. 2. u. 3 H., Febr. 1905.)

G. BOSSUET. — Tumeur épidermique du médius. (Soc. An. et Phys., 30 mai 1904 ; in : *Journ. méd. Bordeaux*, n° 31, 31 juill. 1904.)

E. K. CULLEN. — A case of multiple tumors in a dog. (*Bull. Johns. Hopk. Hosp.*, n° 192, March, 1907.)

DAVIS. — Fibroma molluscum. (Philad. derm. Soc., oct. 15, 1907 : in : *Journ. of cut. dis.*, déc. 1907.)

DUBREUILH. — Fibromes miliaires folliculaires ; sclérodermie consécutive. (*Ann. de D. et S.*, n° 6, juin 1906.)

DUPÉRIÉ. — Tumeurs multiples. (*Soc. d'Anat. et de Phys. de Bordeaux*, séance du 2 juillet 1906.)

GAUCHER et BOISSEAU. — Tumeurs de la jambe de nature indéterminée. *Soc. fr. de Derm.*, n° 9, déc. 1905.

GLASERFELD. — Pseudo-leukämische Tumoren der Haut. (Berlin derm. Gesells., 8 mai 1906 ; in : *Monatsh. f. prakt. Derm.*, B. 42, n° 11, 1 Juni 1906.)

JABOULAY. — Myxosporidies et tumeurs de l'homme. (*Province méd.*, n° 6, 9 déc. 1905.)

KARWOWSKI. — Un cas de tumeurs cutanées multiples avec pigmentation de la peau et signes héréditaires. (Now. Lek. fasc. 7, 1902 ; an. in : *Przeg. Chir.*, Tom. V, zeszyt. III, 1904.)

LAGARDE. — Observation d'une tumeur consécutive à une injection de paraffine mal faite. (Soc. Méd. Paris, 16 avr. 1904 ; in : *Progrès méd.*, 24 sept. 1904.)

LATRONCHE. — Tumeur de la face plantaire du pied chez une jeune fille de 14 ans. (Soc. An. et Phys., 13 juin 1904 ; in : *Journ. méd. Bordeaux*, n° 37, 11 sept. 1904.)

LEINER. — Fibromata mollusca. (Wien. derm. Gesellsch., 7 März 1906 ; in : *Monatsh. f. prakt. Derm.*, B. 42, n° 12, 15 juin 1906.)

LESPINNE. — Tumeurs disséminées de la peau. (*Bull. d. l. Soc. bel. d. D. et Syph*,. n° 3, ann. 1903-1904.)

NEUMANN. — Leukämische Tumoren. (Wien. derm. Gesellsch., 7 März 1906 ; in : *Monatsh. f. prakt. Derm.*, B. 42, n° 12, 15 juin 1906.)

S. NICOLAU. — Sur le cylindrome de la peau. (*Arch. de méd. expér. et d'anat-path.*, nov. 1903.)

RIEHL. — Fibrom. (Wien. derm. Gesellsch., 7 märz, 1906 ; in : *Monatsh. f. prakt. Derm.*, B. 42, n° 12, 15 juin 1906.)

SCHAMBERG a. HIRSCHLER. — Two cases of multiple tumors of the skin in Negroes, associated with Itching. (*Journ. of cut. dis.*, Apr. 1906.)

G. SICHEL. — Congenital tumours of the fingers. (Derm. Soc. London, March 14 th. 1906 ; in : *Brit. Journ. of Derm.*, n° 4, Apr. 1906.)

SICK. — Schaumzellentumor der Haut. (*Virchows Arch.*, CLXXIX, 3, 1905.)

TERSON. — Molluscum contagiosum palpébral. (Soc. d'ophtalm. Paris, 3 avr. 1906 ; in : *Presse méd.*, n° 28, 7 avr. 1906.)

C. WINFIELD PERKINS. — Fibroma molluscum and pendent tumor of the breast. (*Med. Record*, oct. 5, 1907.)

WINKLER (Max.) — Beitrage zur Kenntnis der benignen Tumoren der Haut. (*Arch. f. Derm. u. Syphil.*, LXVII, 1, oct. 1903. p. 3.).

Rhinosclérome

FREUND. — Ein Fall von Rhinosklerom. (Wien. derm. Gesellsch., 7 Juni 1905 ; in *Arch. f. Derm. u. Syph.*, LXXVIII, B., 1 H., Jan. 1906.)

GOTTHEIL. — Rhinoscleroma. (Manhattan derm. Soc., nov. 3, 1905 ; in : *Journ. of cut. dis.*, Jan. 1906.)

Alfred KRAUS. — Zur Frage der metastatischen Lymphdrüsenerkrankung beim Rhinosklerom. (*Arch. f. Derm. u. Syph.*, Febr. 1904.)

LUSTGARTEN. — Primary rhinoscleroma of the larynx. (N. Y. derm. Soc., April. 23, 1907 ; in : *Journ. of cut. dis.*, July 1907.)

LUSTGARTEN.— Case of rhinoscleroma. (N. Y. derm. Soc., April 23, 1907 ; in : *Journ. of cut. dis.*, July 1907.)

ROUDAEFF, BOUNI. — Contribution à l'étude du rhinosclérome en Suisse. (*Thèse méd.*, Lausanne, 1905, 60 S, 8°.)

H. SCHRIDDE. — Zur Histologie des Rhinoskleroms. Ein Beitrag zur Plasmazellenfrage und zur Genesse der hyalinen Körperchen. (*Arch. f. Derm. u. Syph.*, LXXIII, B., 1 H., Jan. 1905.)

M. TOEPLITZ A. H. KREUDER. — Rhinoscleroma. (*Amer. Journ. med. Sc.* V. C.,XXX, n° 1, July 1905.)

Granulosis rubra nasi

AUDRY. — Granulosis rubra nasi, fausse acné rosée des enfants. (*Bull. Soc. Derm.*, n° 8, nov. 1903.)

Ed. BAUMER. — Ein Beitrag zur Histologie der Granulosis rubra nasi. (*Derm. Zeitsch.*, B. XI, H. 9, sept. 1904.)

R. BERNHARD. — Granulose rouge du nez (Granulosis rubra nasi de Jadassohn). (*Gaz. Lek.*, n° 37, 38, 12, 19 sept. 1903 et *Przegl. Chir.*, T. V., Z, IV°, 1905.)

GRAHAM LITTLE. — Granulosis rubra nasi. (Derm. Soc. of London, May 9 th. 1906 ; in : *Brit. Journ. of Derm.*, n° 6, june 1906.)

HALLOPEAU. — Note préliminaire sur la nature de la granulosis rubra nasi. (*Bull. Soc. fr. Derm.*, n° 7, juill. 1905.)

HALLOPEAU. — Contribution à l'étude clinique, pathogénique et nosologique de la granulosis rubra nasi. (XV° Cong. intern. de méd. de Lisbonne, 19-26 avr. 1906 ; in *Presse méd.*, n° 35, 2 mai 1906).

H. MAC LEOD.—Un cas de granulosis rubra nasi. (*Rev. prat. des mal. cut.*, n° 7, 1er juill. 1904.)

MIROLUBOW.— Ueber granulosis rubra nasi und über Miliaria crystallina und alba. (*Deuts. med. Zeitung.*, August 1906., n°s 62 et 63.)

MARCEL SÉE.— Granulosis rubra nasi. (*Bull. Soc. franç. d. Derm. et syph.*, n° 8, nov. 1904.)

Vulve et vagin

A. BOURSIER. — Un cas de Kraurosis de la vulve. (*Journ. de méd. Bordeaux* n° 20, 15 mai 1904.)

GÉROULANOS. — Un cas d'énorme tumeur fibromyomateuse de la vulve. (*L'Orient médical*, n° 2-3, févr. mars 1906.)

GUERDJIKOFF. — Ruptur der Varicen der Vulva. (*Deutsche med. Zeit.* n° 52, 28 Juni 1906.)

Lombardo. — Linfangectasie della vulva. (*Giorn. ital. d. Mal. ven.*, fasc. VI, 1905.)

Pláuzon. — Cancroïde de la vulve. (Soc. anat., 30 mars 1906 ; in : *Presse méd.*, n° 27, 4 avr. 1906.)

Potherat. — Fibrome pédiculé du vagin. (*Soc. de chir.*, 11 juillet 1906.)

Ichthyose

W. Allan Jamieson.— Clinical remarks on ichthyosis and its treatment. *Brit. med. Journ.*, Febr. 16, 1907.)

de Beurmann et Gougerot. — Accidents post-vaccinaux chez des enfants de souche ichthyosique. (*Bull. Soc. fr. Derm. et Syph.*, n° 8, nov. 1905.)

Friolet. — Ueber Ichthyosis circumscripta der Areola mammæ. (*Munch. med. Woch.*, 19 sept. 1905.)

Hallopeau et Roy. — Sur une ichthyose hystrix congénitale avec productions bulleuses et hypotrophie. (*Bull. Soc. fr. Derm. et Syph.*, n° 8, nov. 1905.)

G. T. Jackson. — A note on the treatment of ichthyosis. (*Journ. of cut. dis.*, déc. 1905.)

Moore et Warfield. — Fetal ichthyosis, report of a case with pathological changes in the thyroid gland. (*Amer. Journ. of the med. sc.* May 1906.)

J. Nicolas et A. Jambon. — Erythrodermie congénitale ichtyosiforme avec hyperépidermotrophie. (Clin. de l'Antiquaille, Lyon, 10 déc. 1907 ; in : *Lyon méd.*, 19 janv. 1908.)

Sequeira. — Universal ichthyosis. (Derm. Soc. of London, June 13 th. 1906 ; in : *Brit. Journ. of Derm.*, July 1906.)

von Zumbusch. — Ein atypischer Fall von Ichthyosis congenita. (*Wien. klin. Wochenschr.*, n° 32, 1905.)

Enseignement de la Dermatologie

Allen. — A proposed scale of measurements for international use in dermatology (XV° Intern. Kong V, 19-26 Apr. 1906, Lisbonne ; in : *Derm. Zeitsch* B. XIII, H. 7, Juli 1906.)

L. Heidingsfeld. — La réforme dermatologique. (*Rev. prat. mal. cut. syph.*, n° 1, 1er janv. 1904.)

H. G. Klotz. — Dermatologie als Spezialität und die praktischen Aerzte. (*New-York. med. Monatsch.*, Bd. 15, n° 10.)

Leredde. — La réforme dermatologique et l'enseignement de la Dermatologie. (*Rev. prat. mal. cut. syph.*, n° 1, 1er janv. 1904.)

Leredde. — L'enseignement de la pratique dermatologique en France et à l'Etranger. (*Rev. d. Déont.*, oct. 1904.)

Leredde. — L'Enseignement et la pratique de la dermatologie en France et en Allemagne. (*Rev. prat. des mal. cut.*, 1er nov. 1904.)

A. Ravogli. — Dermatological teaching in Madrid. (*Amer. Journ. Derm.*, sept. 1903, n° 5.).

Dermatologie — Varia

AGUINET et L. RIBADEAU-DUMAS. — Leucémie et lésions cutanées. (*Arch. gén. de méd.*, n° 31, 1er avril 1905.)

ALLEN. — Proposition d'une échelle de mesures pour l'usage international en dermatologie. (XVe Cong. intern. de méd. de Lisbonne, 19-26, avr. 1906 ; in : *Presse méd.*, n° 35, 2 mai 1906.)

A. S. ASHMEAD. — The Mulberry-colored spots on the skin of the lower spine of Japanese and other dark races : a sign of negro descent. (*Journ. of cut. dis.*, May, 1905.)

BÉRILLON. — Les femmes à barbe : la maternité chez les femmes à barbe. (*Rev. de l'Hypnot.*, n° 6, déc. 1905.)

BONNETTE. — Disparition des stigmates professionnels chez les cultivateurs incorporés. (*Caducée*, n° 3, 3 févr. 1906.)

BROCQ, AYRIGNAC et DESGREZ. — Etude de la nutrition dans les dermatoses. (*Ann. de D. et S.*, n° 5, mai 1906.)

BROCQ, A. DESGREZ et AYRIGNAC. — Etude de la nutrition dans les dermatoses. (*Ann. de Derm.*, nos 8-9, août-sept. 1905.)

CLAUDE. — Les éruptions cutanées du paludisme, conséquences à en tirer au point de vue des manifestations de cette affection. (*Caducée*, n° 5, 3 mars 1906.)

DEFRANCE. — La corporation des barbiers, perruquiers, coiffeurs et coiffeuses à travers l'histoire. (In-8°, 320 p. G. Roustan et V. Lemasle).

A. DESGREZ et AYRIGNAC. — Etude de la nutrition dans les dermatoses. Interprétation des résultats urologiques. (*Ann. de Derm.*, n° 10, oct. 1905.)

DESGREZ et AYRIGNAC. — Echanges nutritifs dans les dermatoses. (*Journ. de phys. et de path. gén.*, 1905, S. 119.)

L. DUNCAN BULKLEY. — Diseases of the skin connected with errors of metabolism. (*Med. Record*, 26 nov. 1904.)

EMERY. — Le sosie de la roséole. (*Clinique*, n° 2, 12 janv. 1906.)

F. ENGMAN. — Affections des membranes muqueuses envisagées dans leurs rapports avec les dermatoses. (*Rev. prat. des mal. vén.*, n° 2, fév. 1905.)

M. F. ENGMAN. — The significance of indican in the urine of those afflicted with certain diseases of the skin. (*Journ. of cut. dis.*, Apr. 1907.)

L. FALK. — Dermato-venerologische Impressionen. (*Derm. Centralbl.* n° 12, sept. 1905.)

J. A. FORDYCE. — Affections des membranes muqueuses envisagées dans leurs rapports avec les maladies de la peau. (*R. pr. d. mal. cut.*, n° 1, janv. 1905.)

G. H. FOX. — Diet as a therapeutic measure in diseases of the skin. (*Journ. of cut. dis.*, Apr. 1907.)

P. GASTOU. — Hygiène et pathologie cutanées du premier âge. (*Rev. d. thér. méd.-chir.*, n° 9, 1er mai 1905.)

GAUCHER. — Diathèse et dermatoses diathésiques. (*Gaz. des Hôp.*, n° 127, 9 nov. 1905.)

GAUCHER et DESMOULIÈRE. — Des troubles de la nutrition et de l'élimination urinaire dans les dermatoses diathésiques. (*Journ. de physiol. et pathol. gén.*, juill. 1904.)

JACQUET. — Des dermatoses d'origine gastro-intestinale. (*Bul. Soc. méd. Hôp.*, n° 15, 11 mai 1905.)

L. JACQUET. — L'hygiène de la peau et de la chevelure. (*Arch. gén. de Méd.*, n° 6, 6 févr. 1906 et *Quinz. thér.*, 10 mars 1906.)

J. JADASSOHN. — Ueber infectiöse und toxische haematogene Dermatosen. (*Berl. klin. Wochenschr.*, n° 37 u. 38, 1904.)

KIDD. — The direction of hair in animals and man. (Black, Londres, éd. Anal. ; in : *Rev. Scient.*, n° 1, T. IV, 1 juillet 1905.)

LANDOUZY.— Le mal du Roi. Le toucher des écrouelles en France et en Angleterre. (*Presse méd.*, n° 37, 10 mai 1905.)

LEREDDE. — Les maladies familiales de la peau. (N° 9, sept. 1905.)

LÉVI-SIRUGUE. — Les dermatoses professionnelles. (*Gaz. des hôp.*, n° 17, 10 fév. 1906.)

L. LUITHLEN.— Ueber angeborene Hautkrankheiten. (*Wiener Mediz. Woch.*, n° 49, 3 Dez. 1904 (Schluss.)

A. MELNOTTE. — Susceptibilités médicamenteuses. (*Bull. méd.*, n° 96, 7 déc. 1904.)

MILLIAN. — Exercice illégal de la médecine par les barbiers et coiffeurs. (Cong. p. la répres. de l'exercice illégal de la méd., Paris 28-31 mai 1906 ; in : *Bull. méd.*, n° 45, 9 juin 1906.)

PESERICO. — La peau chez les typhiques. (*Gazz. d. osped. e. d. clin.*, n° 18, 11 févr. 1906.)

J. PEYRI. — La exploracion dermatologica. (*Rev. de med. y cir.*, Dic. 1907, num. 12.)

RASCHKOW. — Kombination von Psychose und Hautkrankheit. (*Derm. Zeitsch.*, B. XII, H. 2, Febr. 1905.)

RICKLIN. — Pathogénie, symptomatologie et traitement des accidents causés par les chaleurs excessives (coup de soleil ; coup de chaleur). (*Rev. prat. de Clin. et Thér.* n° 6, 20 juin 1906.)

SABOURAUD. — Les préjugés concernant l'alimentation des malades au cours des grandes dermatoses. (*La Clinique*, 27 juillet 1906, page 483.)

H. W. STELWAGON. — Diet as an etiological factor in diseases of the skin. (*Journ. of cut. dis.*, April 1907.)

K. ULLMANN. — Ueber autotoxische und alimentäre Dermatosen. (*Allg. Wiener med. Zgt.*, 1905, n°s 36-38 ; u. *Wiener med. Presse*, 4 juin 1905.)

UMBERT. — Nota de dermatologia infantil. (*Rev. esp. d. Derm. y. Sif.*, n° 73, encro 1905.)

VIDAL (Pierre-Joseph).— Considérations sur la dermatose gravidique autotoxique. (*Thèse de Paris*, 1906.)

J. C. WHITE. — Some notes concerning domestic remedies formerly used in skin diseases. (*Trans. Amer. Derm. Ass.*, 28e ann. meet, June 2nd a. 3rd 1904.)

Radiumthérapie

BLASCHKO. — L'emploi thérapeutique du radium. (Soc. de méd. Berlin, 24 janv. 1906 ; in : *Sem. méd.*, n° 6, 7 févr. 1906.)

Blaschko. — Erfahrungen mit Radiumbehandlung. (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1906. n° 8.)

W. J. Morton. — Radium for the treatment of cancer and lupus. (*Med. Record*, nov. 9, 1907.)

Pochon. — Actinomycose du lobule de l'oreille, traitement et guérison par le radium. (*Bull. de lar. ot. et rhin.*, 1 avr. 1906.)

H. E. Schmidt. — Ueber bleibende Hautveränderungen nach Radiumbestrahlung und ihre Bedeutung für die therapeutische Anwendung der Becquerelstrahlen. (*Deutsche Med. Wochenschr.*, 2 nov. 1905.)

K. Strassmann. — Klinische, bakteriologische und mikroskopische Befunde bei der Verwendung des Radiumbromids in der Therapie der Hautkrankheiten. (*Arch. f. D. u. S.*, LXXI, B. 2 u. 3 H., sept. 1904.)

Radiothérapie

Abbe. — Radium therapy in pediatrics and gynecology. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, mai 1906.)

Anders, Daland, et Pfahler. — The treatment of arthritis deformans with the Röntgen rays. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 19 mai 1906.)

Aspinwall Judd. — The X-Ray vs. surgery in sarcoma, with report of cases. (*Med. Rec.*, Déc. 29, 1906.)

M. Badin. — Sycosis non parasitaire de la moustache traité par les rayons X. (*Gaz. h. des. Sc. med. Bordeaux*, n° 2, 12 janv. 1908.)

Balzer et Fleig. — Statistique radiothérapique. (*Bull. Soc. fr. D. et S.*, 15 mars 1906 et avril 1906.)

Barbarin, Péraire, Desfossés, Haret et Doyen. — A propos de la radiothérapie dans le cancer. (Soc. de l'internat des hôp. de Paris, 28 juin 1906 ; in : *Presse méd.*, n° 54, 7 juill. 1906.)

Barjon. — Un cas de lipome guéri par les rayons de Röntgen. (*Lyon méd.*, n° 15, 15 avr. 1906.)

Barjon. — Les rayons de Röntgen dans le traitement du lipome. Leur mode d'action. (*Arch. d'électr. méd.*, n° 186, 25 mars 1906.)

Barjon. — Lipome symétrique du cou traité par la radiothérapie. (Soc. d. Sc. méd. Lyon, 21 févr. 1906 ; in : *Lyon méd.*, n° 15, 15 avr. 1906.)

Bayet. — Les méthodes de mesure en radiothérapie. (*Bull. de la Soc. des Sc. méd. et nat. de Bruxelles*, n° 4, avr. 1905.)

Belot. — Quelques applications de la radiothérapie à la dermatologie. (*Bull. Soc. fr. D. et S.*, n° 6, juin 1906.)

Belot. — Sur quelques maladies traitées par la radiothérapie. (*Journ. de Physioth.*, n° 43, 15 juillet 1906.)

Belot. — Nouvel appareil protecteur localisateur pour radiothérapie assurant la protection du médecin et du malade, nouveaux tissus protecteurs. (*Bull. Soc. fr. D.* n° 2, févr. 1906.)

Benjamin, Reuss. Sluka, Schwarz. — Action des rayons Röntgen sur le sang. (*Wien. klin. Woch.*, n° 26, 28 juin 1906.)

Bergonié. — Adénite néoplasique secondaire de l'aisselle devenue opérable et amenée à l'état complet de sphacèle par la radiothérapie sans lésions

graves de la peau. (Soc. de Méd. et Chir. Bordeaux, 9 févr. 1906 ; in : *Gaz. hebd. des Sc. méd. Bordeaux*, n° 12, 25 mars 1906.)

BETTREMIEUX. — Protection du globe oculaire pendant les séances de radiothérapie. (*Arch. d'élect. méd. exp. et clin.*, n° 193, 10 juillet 1906.)

BISSÉRIE et MEZERETTE. — Statistique radiothérapique. (*Bull. Soc. franç. de D. et S.*, n° 4 avr. 1905.)

O. E. BLOCH. — The therapeutic use of X Rays in dermatology. (*Amer. Journ. of Derm.*, n° 3, March. 1906.)

R. H. BOGGS. — The present status of Röntgen ray therapy. (*Med. Rec.*, May 6, 1905.)

BRUHNS. — Die Indicationen der Röntgen-Behandlung bei Hautkrankheiten. (*Berliner klin. Woch.*, n° 6, 1906.)

A. BUSCHKE. — Ueber die Wirkung der Röntgenstrahlen auf Drüsen. (*Deutsche Med. Wochenschr.*, n° 13, 1905.)

CHINTON. — La radiothérapie des épithéliomas cutanés. (*Arch. d'électri. med. exp. et clin.*, n° 193, 10 juill. 1906.)

COLOMBO. — Pour la dosimétrie des rayons de Röntgen. (*Arch. gén. françaises de thérap., physique*, mars 1906.)

COLOMBO. — La dosimétrie des rayons de Röntgen. (*Gazz. d. osped.*, n° 30, 11 mars 1906.)

DOMINICI. — Le radium au point de vue physiologique et thérapeutique. (*Presse médicale*, n° 62, 4 août 1906.)

DUHOT. — Quelques cas de dermatoses guéris par les rayons X. (*Bull. de la Soc. belge de Derm. et syph.*, n° 1, 1904-05.

DUPEYRAC. — Les rayons X dans le traitement des tumeurs. (Com. méd. des B. du Rh., mai 1906 ; in : *Arch. gén. de méd.* n° 60, 24 juill. 1906 et *Marseille méd.*, n° 12, 15 juin 1906.)

J. FERRAND et KROUCHKOLL. — Adénite cervicale tuberculeuse favorablement traitée par les rayons X. (*Gaz. des Hôp.*, n° 69, 20 juin 1905.)

FLEIG. — La radiothérapie en dermatologie ; technique, indication, résultats. (*Thèse, Paris*, 1906.)

J. A. FORDYCE. — Paget's disease (?) of the gluteal region : the effects of the Rœntgen rays upon the disease. (*Journ. of cut. dis.*, May 1905.)

FOVEAU DE COURMELLES. — La radiothérapie des fibromes. (*Rev. de thér. méd. chir.*, n° 12, 15 juin 1906.)

GASCARD et DEVALMONT. — La radiothérapie des teignes à l'hospice général de Rouen. (*Rev. méd. de Normandie*, 10 mai 1906.)

GAUTHIER. — Extirpation d'une tache mélanique de la joue par la radiothérapie. (Soc. nat. de Méd. de Lyon, 8 mai 1905 ; in : *Lyon méd.*, n° 23, 4 juin 1905.)

F. GIDON. — Les résultats de la Rœntgenthérapie dans le cancer primitif du sein. (*Ann. méd. Caen*, n° 12, 1er déc. 1907.)

GÖHL. — Technisches zur Röntgen-Therapie. (*Derm. Zeitschr.* B. XIII. H. 6, Juni 1906.)

L. HALBERSTAEDTER. — Die Einwirkung der Röntgenstrahlen auf ovarien. (*Berliner klin. Wochenschr.*, n° 3, 1905.)

HAUCHAMPS. — De l'épilation par les rayons X, chez les teigneux. (*Presse méd. belge*, n° 15, 15 avr. 1906.)

JENSEN. — Om röntgenstraalernes anvendelse i hudterapien. (*Ugeskrift for. Læger*, 2 et 9 nov. 1905.)

LEBON. — Les rayons de Röntgen dans le traitement du lipome ; leur mode d'action. (*La Clinique*, n° 17, 27 avr. 1906.)

LEBON. — Radiothérapie des néoplasmes profonds. (*La Clinique*, n° 17, 27 avr. 1906.)

LECLERC et BARJON. — Traitement radiothérapique d'un cas de leucémie et d'un cas de pseudo-leucémie lymphadénique. (Soc. anat. de méd. Lyon, 11 juin 1906 ; in : *Lyon méd.*, n° 26, 1er juill. 1906.)

S. LEDUC. — Guérison par la radiothérapie d'une tumeur du rectum. (*Arch. d'électr. med. expér. et clin.*, n° 189, 10 mai 1906.)

LEHMANN. — Danger and protection in X-ray work. (San Francisco City and County méd. Soc., nov. 15, 1905 ; in : *Med. Record*, Febr. 1906. 3.)

LEONARD. — The Röntgen treatment of some non-malignant superficial lesions (*New-York. med. Journ.*, 28 avr. 1906.)

G. MAUNOURY. — Influence des rayons de Röntgen sur les tumeurs malignes. (*Journ. de Physioth.*, 15 déc. 1907, n° 60.)

OUDIN. — A propos des généralisations provoquées par la radiothérapie. (*Bull. Soc. fr. D. et S.*, n° 4, avr. 1906.)

PAUTRIER. — Note sur l'étiologie des tissus néoplasiques traités par les rayons X. (*Bull. Soc. fr. D. et S.*, 15 mars 1906 et avril 1906.)

PEYRAC. — Les rayons X dans le traitement des tumeurs. (*Marseille méd.*, n° 12, 15 juin 1906.)

PFAHLER. — A new protective screen for use in X-Ray treatment. (Philadelphia derm. Soc., déc. 19, 1905 ; in : *Journ. of cut. dis.*, Febr. 1906.)

POSKIN. — Note sur la radioactivité des sources minérales de Spa et de leurs dépôts. (Bull. publié par la *Soc. royale des sc. méd. et natur. de Bruxelles*, 8 janv. 1906.)

K. QUADRONE. — Klinische und experimentelle Untersuchungen über die Wirkungen der Röntgenstrahlen. (*Zentralbl. f. inn. med.*, n° 21, 27 mai 1905.)

RAOULT-DESLONGCHAMPS. — Ce qu'un médecin doit connaître en radiothérapie. (*Journ. des Prat.*, n° 20, 20 mai 1905.)

ROCKWELL. — X-Ray therapy. (*Med. Record.*, April 21, 1906.)

STELWAGON. — Additional observations on the use of the Röntgen Rays in dermatology. (*Journ. of cut. dis.*, March. 1906.)

S. STERN. — Report of 800 dermatological cases treated X-Ray and High-Frequency currents at the Mount Sinaï-Hospital. (*Jour. of cut. dis.*, oct. 1907.)

VITTEK. — L'eau comme obstacle aux rayons Röntgen. (*Munch. med. Wochenschr.*, n° 12, 20 mars 1906.)

WINTERNITZ.— Ueber die Einwirkung von Röntgenstrahlen auf tierische Gewebe. (*Arch. f. D. u. S.*, LXXVIII, B. 2. u. 3 H., Febr. 1906.)

J. ZEISLER. — Discussion on radiotherapy by the Chicago dermatological society, introductory remarks. (*Journ. of cut. dis.*, Aug. 1907.)

Observations sur la radiothérapie dans les affections cutanées et cancéreuses (Soc. de méd. Lyon ; in : *Lyon méd.*, n° 51, 17 déc. 1905.)

Thérapeutique — Agents physiques

E. P. ADAMS. — Electricity in skin diseases. (*Amer Journ. of Derm.*, n° 5, June 1905.)

ALLEN. — De l'emploi des courants de haute fréquence dans les affections cutanées. (XV° Cong. intern. de méd. de Lisbonne, 19-26 avr. 1906 ; in : *Presse méd.*, n° 35, 2 mai 1906.)

BERTHOMIER. — Les courants de haute fréquence dans les dermatoses dites autrefois diathésiques (prurits, eczéma, psoriasis, acné). (*Thèse Paris*, 1906.)

CHAUVEL et SULZER. — Traitement des taies de la cornée par les agents physiques. (Acad. de Méd., 10 juillet 1906 ; in : *Presse méd.*, n° 55, 11 juill. 1905.)

L. DEKEYSER. — La thermothérapie spécialement considérée au point de vue de la dermatologie. (*Journ. méd Bruxelles*, n° 34, 24 août 1905 et *Journ. de Physioth.*, n° 37, 15 janv. 1906.)

DELHERM et LAQUERRIERE. — Courants de hautes fréquences et hémorroïdes. (Extrait de la *Presse méd.*, n° 23, 22 mars 1905, Masson, éd. 1905.)

ESCHWEILER. — Zur Technik der Finsen-Behandlung. (*Derm. Centralbl.*, n° 4, jan. 1906.)

J. A. FORDYCE. — Some notes made during a recent visit to the Finsen Institute at Copenhague. (*Journ. cut. dis.*, U. XXIII. nov. 1905.)

J. JADASSOHN U. F. SCHULTZ. — Bericht über die Tätigkeit des Finsen-Instituts der Dermatologischen Universitätsklinik im Inselspital zu Bern. (*Buchdruckerei Buchler. u. C°, Bern.*, 1903.)

V. KLINGMULLER U. L. HALBERSTAEDTER. — Ueber die bakterizide Wirkung des Lichtes bei der Finsenbehandlung. (*Deutsche med. Wochenschr.*, n° 14, 1905.)

LEBON. — L'électrolyse. (*La Clinique*, n° 16, 20 avr. 1906.)

J. LEJBERG. — Du traitement des maladies de la peau par une température élevée constante. (*Med.* n° 34, 35, 1903 et *Przegl. Chir.*, T.V, Z IV*a*, 1905.)

LEULLIER. — Sur un cas de trophonévrose gangréneuse guéri par la galvanisation et la haute fréquence. (Soc. méd. du VII° arrond., 26 déc. 1905 ; in : *Bull. off. des Soc. méd. d'Arrond.*, n° 2, 20 janv. 1906.)

E. PÉRIER. — La médication marine de la scrofule et du lymphatisme. (Congrès de Lisbonne ; in : *Ann. de méd. et chir. infan.*, n° 12, 15 juin 1906.)

E. PÉRIER. — Cure d'air et cure d'eaux de la scrofule et du lymphatisme quand la médication marine est contre-indiquée. (*Ann. de méd. et chir. infan.*, n° 14, 15 juill. 1906.)

SOMMER. — Die Natur der elektrischen Vorgänge and der Haut, besonders der Finger. (*Munch. med. Wochenschr.*, 19 déc. 1905.)

SORRENTINO. — E possibile sensibilizzare la cute alla luce Finsen ? (*Giorn. ital. d. mal. ven.*, fasc. I, 1906.)

F. VON VERESS.—Ueber die Wirkung des Finsenlichtes auf normale Haut. (*Monatsh. f. prakt. Derm.*, n° 8, B. 40, 15 Apr. 1905).

Le laboratoire de photothérapie de l'hôpital Saint-Louis. (*Gaz. des Hôpitaux*, n° 137, 30 nov. 1907.)



TRAVAUX ORIGINAUX

—

SUR UN CAS D'ERYTHÈME NOUEUX AYANT DURÉ DOUZE ANS ET GUÉRI PAR LES INJECTIONS INTRA-VEINEUSES DE SULFATE DE QUININE.

Par F. Soca.
Professeur à la Faculté de Montevideo.

Le cas suivant me paraît être tout à fait nouveau comme exemple clinique et se prête du reste à d'aussi intéressantes considérations nosologiques et thérapeutiques que je crois faire œuvre bonne en le publiant avec quelques remarques.

Madame C. F. A., de ce pays, âgée de 46 ans, mariée, sans enfants, a toujours été bien portante jusqu'à la maladie actuelle. Elle a fait seulement quelques crises hystériques et une déviation de l'utérus. Elle procède d'une famille très franchement arthritique et névropathique, dans laquelle se trouvent toutes les maladies par ralentissement de la nutrition : goutte, rhumatisme, asthme, gravelle, obésité, etc. Une de ses sœurs a fait un grand nombre d'attaques d'hystérie. Un père idiot.

La maladie actuelle a débuté en 1894 par une attaque ainsi décrite par la malade et son mari : commence par un frisson violent et prolongé, accablement profond, fièvre qui en deux ou trois heures s'élève à 42°. De suite, vives douleurs dans les jointures, genoux, cou-de-pied, épaules, délire violent. La famille ne sait pas dire si dans cette première crise il y a eu ou non des boutons d'érythème noueux. La fièvre, après quelque quatre heures commence à baisser et atteint la normale au bout de dix heures. En même temps, les douleurs s'apaisent, mais ne disparaissent que quelques jours après. Mais les malaises et l'accablement cessent avec la fièvre, en sorte que l'attaque aiguë a eu une durée de 10 heures. Les sueurs terminant l'accès ont été peu abondantes.

Cette attaque passée, la malade reste tout à fait bien portante pendant 8 mois. Au commencement du neuvième mois elle fait une nouvelle crise tout à fait pareille à la première. Et à partir de cette époque, les attaques, — toujours très exactement avec les mêmes caractères — se répètent tous les 8 ou 10 mois, l'intervalle ayant été une fois d'un an, ceci jusqu'en 1904. Dans cette année la maladie s'est singulièrement aggravée. Les attaques venaient alors par séries pendant 15 jours ou un mois, chaque accès gardant pourtant la physionomie du premier. Mais la température ne disparaissait plus tout à fait entre attaque et attaque, en sorte que l'accablement et le malaise continuaient presque sans interruption. A cette époque, la malade et son mari remarquèrent déjà que les attaques étaient précédées pendant quelques heures de nouures très douloureuses dans les jambes, régions tibiales surtout ; et aussi aux bras et avant-bras. Ces nouures augmentaient pendant les attaques, devenaient plus grosses et

plus douloureuses. Après les attaques, la douleur se calmait aux nouures, mais pendant plusieurs jours la pression réveillait la douleur à ce niveau. Aussi ces nouures s'aplatissaient pour se convertir peu à peu en une simple tache qui passait par les diverses colorations de l'ecchymose. En plus à toutes les souffrances de la malade s'était ajoutée à ce moment une colite diarrhéique qui s'exagérait pendant les crises.

En juin 1904, je vois la malade pour la première fois. Quand j'arrive, la malade se sentait mal à l'aise, avait froid et quelques douleurs étaient accusées aux tibias ainsi qu'aux articulations, pas de fièvre. Au bout de trois heures, je revois la malade. Elle avait 42° de température, et était plongée dans l'accablement le plus profond. Sans force pour se remuer dans le lit, elle se plaignait au milieu d'un délire très incohérent mais très violent, de douleurs aux jambes et aux bras. Son pouls était très faible et très fréquent (130 à 140). Les genoux, les cous-de-pied, les coudes, étaient très douloureux, mais sans rougeur, ni gonflement. Dans toute la face antérieure de la jambe on pouvait voir et toucher de petits nodules d'un rouge obscur, allongés, très douloureux, très adhérents aux tissus circonvoisins, bref, nodules élémentaires de l'érythème noueux le plus clair et le plus indubitable que l'on puisse voir. Ces nodules étaient au nombre de 8 ou 10 sur chaque jambe et on n'en voyait pas aux cuisses. Mais l'on en trouvait quelques-uns aux avant-bras avec les mêmes caractères qu'aux jambes.

Je revois la malade le lendemain matin. Sa température était au-dessous de la normale. L'attaque au point de vue de la fièvre avait duré comme toujours 8 ou 10 heures d'après la famille. Ses morsures d'érythème étaient encore très nettes et assez sensibles. La malade était moins aplatie, le pouls encore très fréquent, la diarrhée encore très abondante. L'examen de la malade, que je fais alors très soigneusement et que j'ai pu répéter après à plusieurs reprises, me montre que tous les organes étaient en parfait état et que, hormis l'intestin, et quelques stigmates d'hystérie il n'y avait rien d'anormal dans aucun viscère et dans aucune fonction. Cœur, rein, foie, urine, cerveau, moelle, etc., tout normal.

L'attaque recommence le soir même avec les mêmes caractères, accompagnée de douleurs articulaires et une vaste éruption d'érythèmes noueux et cesse au bout de dix heures. Elle recommence encore le lendemain avec très exactement les mêmes caractères. Et comme cela plusieurs jours de suite, de sorte que pendant les dernières attaques on pouvait voir les vieux éléments d'érythème noueux à toutes les phases d'évolution et avec toutes les colorations, à côté des nouveaux éléments rouge obscur et très douloureux.

Au bout d'une huitaine de jours, les attaques parurent cesser ; mais ne tardèrent pas à recommencer avec la même furie, et toujours invariablement escortées des éléments d'érythème noueux et des douleurs articulaires, pour cesser à nouveau quelques jours après. Je ne sais pas trop si, par effet de la médication (salicylate de soude à grandes doses, injections intramusculaires de sulfate de quinine), la malade eut à cette époque un certain répit en ce sens que les attaques se présentaient alors seulement de temps en temps — tous les quatre ou six jours — isolées, et que

souvent la température ne dépassait 38° à 39°. Mais en tout cas, avec haute ou basse température, l'érythème noueux ne manquait jamais et évoluait toujours dans les mêmes conditions et avec les mêmes caractères.

La malade traîna comme cela jusqu'au mois de décembre 1904. Alors, malgré un traitement énergique (salicylate de soude, quinine, courants sinusoïdaux) les attaques recommencèrent violentes et superposées de sorte que la pauvre malade n'avait alors que quelques heures de répit chaque jour et encore bien incomplet, car la fièvre ne cessait plus entre les accès. La température montait à 41° et 42° à l'heure de l'attaque et descendait à 38° et restait à cette hauteur jusqu'à la prochaine crise.

La malade, en proie aux plus terribles souffrances, délirante, sans manger, diarrhéique, accablée, aplatie, d'un amaigrissement effrayant, vomissant tout — avec un pouls très faible de 140, était arrivée à un tel degré d'anéantissement que la mort paraissait inévitable. De fait, le 5 janvier 1905, la malade était presque sans pouls et sans connaissance et la température était de 35°. La vie ne paraissait devoir durer longtemps.

Alors dans l'impossibilité de me procurer une quantité suffisante de sérum antistreptococcique que je voulais essayer d'abord je me décidai guidé en cela par une idée théorique, à essayer l'injection intraveineuse de salicylate de soude d'après la formule de Mendel : salicylate de soude 8 grammes ; salicylate de caféine 2 grammes, eau distillée 50 grammes.

Je pratiquai la première injection au pli du coude le six janvier, 1 cc. Le résultat en fut étonnant. Peu après, l'accablement profond dans lequel la malade était plongée commença à s'atténuer ; le pouls redevint plus fort et moins fréquent, la fièvre disparut bientôt et chose remarquable l'attaque de la nuit, qui ne manquait jamais depuis un mois, manque cette fois presque absolument. La malade passa bien la nuit et le lendemain elle se croyait sauvée.

Je continue les injections tous les jours invariablement pendant la première quinzaine, puis j'injecte tous les deux, puis tous les trois jours et j'arrive ainsi jusqu'à une trentaine d'injections. Pendant tout le temps des injections, la malade n'a eu la moindre douleur ni même une menace de fièvre. Elle mangeait, dormait, engraissait. Elle se sentait tout à fait guérie, et nous partageons son avis, moi et mon collègue très distingué, le Dr Fonseca, qui m'a assisté en tout pendant ces essais. J'abandonne les injections et la guérison se maintient. Pendant trois ou quatre mois elle n'a rien, absolument rien. Mais vers la fin d'avril tout recommence. La malade fait de nouveau ses anciennes attaques avec force fièvre, moins fortes que par le passé puisqu'elle n'a jamais atteint 40°, noyaux d'érythème, douleurs articulaires, etc. Je recommence les injections de salicylate mais cette fois sans le moindre succès. Les attaques continuent presque quotidiennement malgré les injections.

Alors connaissant par expérience l'action de la quinine sur certaines formes de rhumatisme plus ou moins bâtard, je décidai de remplacer les injections intraveineuses de salicylate, non pas par la quinine en injections intramusculaires dont l'inefficacité m'était démontrée, mais par les injections intraveineuses de cette substance. J'injecte donc tous les

jours 10 centigrammes de chlorhydrosulfate de quinine dans les veines. Le succès a été aussi étonnant qu'auparavant avec le salicylate. Disparition absolue des crises et de tous les phénomènes concomitants. Je continue vingt jours les injections de quinine. L'attaque ne reparaît plus.

Cette fois, la guérison paraît se maintenir définitivement quoique la malade ait refusé de se soumettre à une autre série d'injections. Aujourd'hui (avril 1906) la guérison se maintient encore mais non d'une manière absolue. Depuis deux ou trois mois, elle présente les accidents locaux de son mal sans les accidents généraux. Ainsi elle n'a pas de fièvre ou à peine quelques dixièmes de degré, mais elle a ses crises d'érythème noueux excessivement douloureux. Mais les crises sont très rares. Du reste l'évolution locale des noyaux d'érythème est exactement la même qu'auparavant.

Tel est le cas. D'abord quel diagnostic doit-on porter ? Il paraît qu'il n'y ait qu'un diagnostic possible, quelle que soit la nouveauté du cas : érythème noueux : En effet, dans chaque crise, parmi les innombrables qu'a faites cette malade, le tableau de l'érythème noueux est au complet : phénomènes généraux précédant l'attaque, nouures absolument classiques aux endroits classiques, avec jusqu'aux plus petits détails les caractères et l'évolution locale caractéristique des noyaux d'érythème contusiforme — avec les concomitances habituelles de l'érythème noueux, fièvre, arthralgies ; avec la marche à poussées successives qu'on observe presque toujours dans la maladie.

Mais certainement le cas n'est pas commun. S'il en était ainsi, du reste, sa publication serait sans objet. Ce caractère si longuement récidivant, cette interminable série d'attaques s'échelonnant sur un aussi grand nombre d'années sont choses à peu près inconnues dans l'érythème noueux ; mais cela prouverait tout au plus que la description qu'on en a donnée est incomplète et qu'il faut élargir le cadre de la maladie. Du reste, ni le caractère récidivant en lui-même, ni une durée plus ou moins longue sont choses étrangères au groupe de maladies auxquelles on rattache habituellement l'érythème noueux, ni à l'érythème noueux lui-même.

Ainsi l'érythème polymorphe est une maladie qui se développe en poussées successives, qui récidive parfois à de longs intervalles et pendant un temps plus ou moins long, une année et plus. Quant à l'érythème noueux on l'a vu aussi durer plusieurs mois au milieu d'attaques plus ou moins subintrantes (Comby), ou,

comme pour l'érythème polymorphe, recommencer au bout d'une ou deux années (Comby).

Du reste l'exclusion imposerait le diagnostic d'érythème noueux. En effet, de quoi pourrait-il s'agir ? Il ne faut pas parler de l'érythème induré de Bazin, ni de gommes, ni de tubercules : tout cela est hors de discussion. Rhumatisme ? Mais les nodosités du rhumatisme ne sont point pareilles à celle de l'érythème noueux ni comme caractère, ni comme évolution. En plus dans les cas de nodosités rhumatiques, le rhumatisme est toujours au premier plan et s'impose immédiatement au clinicien ; les nodosités sont un symptôme effacé qu'il faut chercher, tandis que dans notre cas les nouures sont le premier et le plus frappant des phénomènes et les arthralgies, au contraire,un phénomène de seconde étape et pour ainsi dire purement complémentaire. En plus, on a vu que par l'effet du traitement les attaques sont restées réduites aux seules nouures d'érythème sans arthralgies et même presque sans fièvre. Ce serait donc forcer la note que d'admettre ici un rhumatisme articulaire commun.

On pourrait penser au paludisme puisque Moncorvo a décrit quelque chose qui ressemble à l'érythème noueux dans cette maladie. Mais, sans opposer d'autres arguments, j'arrête cette hypothèse par cette considération sans réplique : dans ce pays singulièrement favorisé par la nature on n'a jamais vu un cas de paludisme indigène et il n'y en a certainement pas. Or, Madame A. n'a jamais quitté Montevidéo.

Mais ne pourrait-il pas s'agir d'une septicémie cryptogénétique quelconque empruntant les caractères de l'érythème noueux ? Mais très certainement ; mais cette septicémie ce serait simplement l'érythème noueux. Du reste, j'ai fait prendre du sang au milieu des plus violentes attaques et les cultures sont restées stériles et toute autre recherche dans cette voie a été absolument négative.

On a beaucoup discuté sur la nature de l'érythème noueux. Quelques-uns en font une maladie tout à fait indépendante. D'autres, la majorité, le rattachent à l'érythème polymorphe. Quelques-uns, et parmi ceux-ci il n'y en a d'une grande autorité, comme le professeur Gaucher, en font une maladie rhumatismale. D'autres une maladie infectieuse banale.

Ce cas pourrait peut-être apporter quelque contribution à la solution de ces questions.

Il y a un premier fait remarquable : la longue durée de cette maladie, son extrême gravité, sa résistance absolue à toutes les médications les plus rationnelles. La malade se mourait tout simplement. Alors intervient une médication spéciale : le salicylate de soude en *injections intra-veineuses*. Le tableau change comme par enchantement dès les premières injections. La malade est bientôt sauvée et presque guérie. Or, nous savons que le salicylate de soude est le médicament presque spécifique du rhumatisme à ce point qu'il y a un grand nombre d'auteurs qui nient la nature rhumatismale d'une maladie qui n'obéit pas au salicylate de soude. Nous savons pourtant que le salicylate de soude guérit parfois les pseudo-rhumatismes les moins discutables ; mais dans ces cas, quand le médicament ne rate pas son coup tout à fait, son action est laborieuse et traînante. On doit observer bien rarement dans ces cas cette action presque subite du salicylate de soude sur le rhumatisme vrai. Une action immédiate et définitive du salicylate est vraiment presque un signe de rhumatisme. Or ici l'action a été vraiment héroïque : le remède a tiré la malade du tombeau et cela sans métaphore, l'a tirée immédiatement, d'un jour à l'autre. Une action semblable n'est-elle pas un argument en faveur de la nature rhumatismale de l'érythème noueux ?

Il est vrai qu'après un certain temps la maladie recommence et cette fois résiste au salicylate. Mais l'on sait bien que le salicylate ne présente pas la même efficacité dans les attaques successives de rhumatisme.

La guérison à peu près complète a été obtenue par un médicament que je crois un des agents les plus puissants contre certaines formes de rhumatismes plus ou moins anormales, souvent abarticulaires : le sulfate de quinine en injections intra-veineuses.

La quinine a été donnée de tout temps contre le rhumatisme et, avant le salicylate c'était le meilleur médicament pour cette maladie. Mais son action était certainement médiocre. La preuve en est qu'elle fut subitement détrônée par le salicylate. Elle ne méritait pas peut-être son sort, car si elle était inefficace c'est qu'on l'administrait mal. La quinine en effet donnée *per os* est à

peu près inutile dans toute espèce de rhumatisme. J'eus l'idée de l'essayer en injections sous-cutanées ou intra-musculaires : son action m'a paru également nulle. C'est alors que j'ai commencé à l'employer en injections intra-veineuses. L'effet en a été surprenant et j'ai vu guérir des cas devant lesquels je me croyais tout à fait désarmé. Je l'ai peu employée dans le rhumatisme articulaire aigu vrai où je préfère le salicylate : mais dans certains cas aigus où le salicylate a raté, l'effet a été parfois presque subit. Il s'agissait peut-être de pseudo-rhumatismes.

Mais là où je l'ai employé très largement, c'est dans les rhumatismes subaigus articulaires et abarticulaires, névralgies rhumatiques, rhumatisme musculaire, rhumatisme fibreux, sciatique. Or, l'effet a été la plupart du temps étonnant. J'ai vu des cas, dans lesquels les douleurs ne cédaient pas à la morphine, céder presque subitement aux injections intra-veineuses de quinine. L'effet pourtant n'est pas constant et quelquefois il manque de la façon la plus absolue sans que je sache trop pourquoi. Mais sur toute cette question je reviendrai quand je publierai mes observations.

Pour le moment, je veux seulement laisser constater l'efficacité de la quinine en injections intra-veineuses de sulfate de quinine dans tout un groupe de maladies rattachées jusqu'à présent au rhumatisme articulaire aigu d'après l'avis des classiques. Je tire de là un nouvel argument en faveur de la nature rhumatismale de l'érythème noueux.

Une autre conclusion se dégage de ce fait et de toute la collection de rhumatismes plus ou moins anormaux que j'ai guéris par les injections intra-veineuses de salicylate de soude et surtout de chlorhydrosulfate de quinine. C'est là l'énorme différence de l'efficacité d'un même médicament administré *per os* ou en injections sous-cutanées ou par injections intra-veineuses. Alors que le médicament est tout à fait inutile par la bouche ou la voie épidermique, il est d'une efficacité merveilleuse par voie intra-veineuse. Et je place là cette petite remarque parce qu'on a soutenu dernièrement le contraire pour des raisons plus ou moins théoriques.

LES FLAGELLÉS DANS LES MALADIES CUTANÉES

Par le Prof. ZÉLÉNEFF

En analysant avec plus de détail la deuxième observation décrite par moi dans l'article « Sur le rôle des moisissures dans la dermatologie et la pathologie générale. — Les dermatomycoses hybrides et pures » (*Russki Wratsch*, 1907, nº 5), j'ai rencontré des tableaux microscopiques qu'on ne pouvait expliquer par les propriétés des parasites végétaux, mais qui correspondaient davantage aux caractères qui distinguent les êtres organisés les plus simples de la classe des mastigophores, sous-classe des flagellés de Cohn. Les représentants de cette classe peuvent apparaître soit sous une forme amiboïde pure, soit sous l'aspect d'une amibe munie d'appendices filiformes ou de flagella variant de forme, de dimensions et de nombre. Suivant les résultats de l'examen reproduits sur les fig. 2, 3 et 4 et ceux de la culture (fig. 4), je me suis prononcé dans le cas décrit pour une infection mixte par des moisissures et des amibes, — introduites par voie de piqûres d'araignée, et je l'avais décrit sous le titre : « Dermatomycosis ou Dermatotripanosomyasis faciei varioloïdes ? ») (Voir : Journal Russe des maladies cutanées et vénériennes. Vol. XIII, février 1907, p. 79-86.)

Dernièrement, j'eus l'occasion de me convaincre de la justesse de ma supposition, à savoir de la possibilité de rencontrer dans les maladies cutanées les organismes les plus simples du type des flagellés.

L'affection cutanée avait le même aspect pustuleux que dans le cas ci-dessus mentionné ; seule, la réaction inflammatoire environnante avait été beaucoup plus intense, la marche chronique et la localisation tout autres (membres, tronc).

OBSERVATION : Le 11 avril de l'année courante, un pope du gouvernement de Woronnège amena à ma consultation son fils âgé de 9 ans et demi, qui présentait sur la peau des formations pseudo-ecthymiques entourées d'une large infiltration inflamma-

toro-œdémateuse, dont la résorption laissait une exfoliation circulaire de l'épiderme.

Après la formation d'une croûte de dimensions d'un centimètre et la diminution de la rougeur inflammatoire — l'infiltration persistant toujours — quelques formations pouvaient rappeler une gomme syphilitique. Localisation principale : les membres supérieurs ; il existe aussi quelques formations sur le tronc. La maladie date de 7 mois. L'interrogatoire et un examen attentif

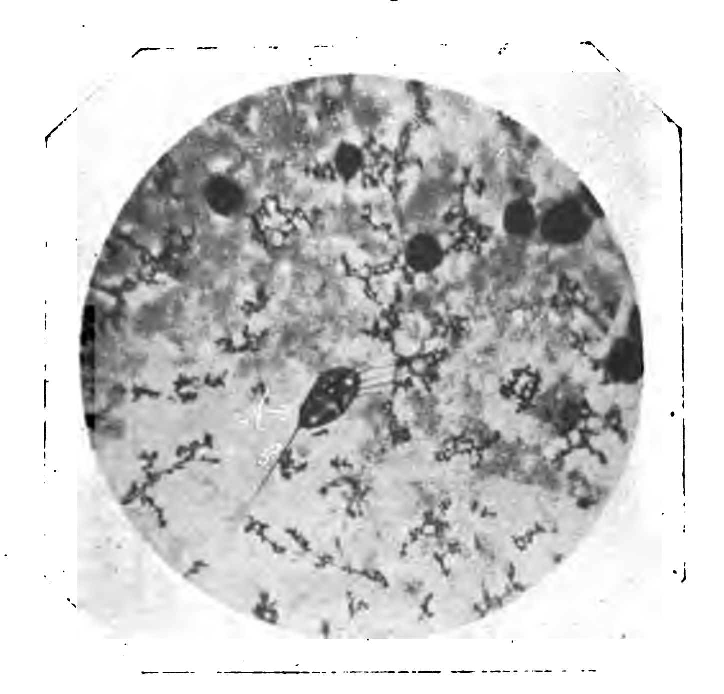


Fig. 1.

sont restés négatifs pour la syphilis chez les parents et le fils. Squelette osseux bien développé. Nutrition bonne.

Pour l'examen on avait pris de la sécrétion de dessous la croûte et de l'infiltration. Dans l'une comme dans l'autre furent trouvées des formations du type amiboïde, les unes munies, d'autres dépourvues de flagella. L'extérieur était de formes si diverses, qu'il pouvait faire croire à des sous-espèces différen-

tes. Dans la sécrétion provenant de l'infiltration on trouva une culture presque pure du parasite avec un très petit nombre de leucocytes. Dans le frottis pris sous la croûte on n'a trouvé aucune autre forme de bactéries (fig. 1.) Sur la microphotographie de la première on voyait très bien l'individu principal du parasite (A) sous l'aspect d'un ovalaire pyriforme muni d'un flagellum long (C). De son extrémité antérieure partent 5 fla-



Fig. 2.

gella, qui vont en s'effilant progressivement. Dans l'intérieur du corps du parasite on apercevait quelques vacuoles de dimensions variables (6-8 et au-dessous). La plus grande d'entre elles était située à l'extrémité céphalique antérieure ; près de l'extrémité caudale on trouvait une vacuole en forme de massue (on eût dit deux vacuoles arrondies réunies entre elles par une longue fente mince), dont l'extrémité supérieure s'allongeait en forme de bec jusqu'à la périphérie du corps amibien. Était-ce

la cavité buccale et l'estomac de l'amibe ? Ou bien s'agissait-il de l'organe de reproduction, de la segmentation du parasite ? il était difficile de le dire. Malgré l'hypothèse attrayante de prendre cette figure pour celle d'une phase de segmentation — tout au moins de spores — de jeunes individus amibiens, je suis plutôt porté à considérer cette figure comme la bouche et l'estomac de l'amibe. Pour asseoir cette opinion, je m'appuie sur les don-



Fig. 3.

nées suivantes, puisées par moi dans l'observation sur l'activité phagocytaire de l'amibe.

Il est fort instructif de noter la lutte phagocytaire qui a lieu entre l'amibe et les globules blancs du sang. Sur la figure 2, nous voyons l'amibe (A), qui a émis ses pseudopodes à une grande distance (a). Ceux-ci vont se fixer sur un globule blanc, qui se modifie, opère la désagrégation du protoplasma et du noyau. Le globule blanc le plus voisin (c) est déjà, dans sa plus grande par-

tie, englobé dans le corps de l'amibe, où il se forme, pour le recevoir, un grand espace vacuolaire (b). Sur une des préparations (table i) on voit un petit corpuscule blanc, qui tout entier avec ses noyaux est englobé dans le corps de l'amibe. L'issue de cette lutte entre les amibes et les globules blancs, qui par endroits se réunissent en amas, peut être quelquefois la défaite de l'amibe, dont les flagelles et le corps se désagrègent en fragments de diverses formes, suivant la disposition des flagella émis, qui entourent ordinairement leurs victimes de façon à former un réseau à une grande distance du corps propre de l'amibe. Ici même, sur la figure 2, nous pouvons observer une autre forme d'amibe triangulaire, dépourvue de fins flagella et avec un protoplasma plus dense et 3 vacuoles nettement dessinées.

La figure 3 est destinée à montrer que dans le prolongement caudal de l'amibe peuvent prendre naissance des formes ressemblant aux spirochètes.

Sur la figure de la table sont représentées les formes amibiennes les plus variées avec flagella et leurs prolongements protoplasmiques. La préparation est faite avec le produit de sécrétion de l'infiltration. Certaines formes du parasite, par exemple les formes papillonacées (a, b), sont pourvues de deux petits noyaux homogènes, se colorant en bleu marin ; d'autres formes renferment de larges vacuoles (c), quelques-unes (d) émettent des sphères homogènes se colorant violemment au polychrome. Il y en a (c) qui ont une forme serpentine ; d'autres encore (f) paraissent se diviser par leur extrémité caudale en deux exemplaires, ou sont munies (g) de queue en forme d'anneau (forme annulaire) ; enfin les dernières (h) rappellent de petits tripanosomes à membrane ondulée. A travers tout le champ du microscope passe une formation intéressante (k), rappelant les spores du cératomyxa linospora (d'après Dofflein), mais ayant, bien entendu, sa structure propre, à savoir : au centre une partie du protoplasma homogène, dans le voisinage de laquelle sont disposés d'un côté deux petits noyaux nettement visibles, se colorant en bleu et entourés d'un liseré rosâtre. Le noyau extrême, c'est-à-dire le plus éloigné du protoplasma, paraît comme sorti du contenu de son liseré rosâtre, — est dénudé. De deux côtés de cette formation partent des queues très longues, s'effilant vers leur extrémité et se colorant au bleu polychrome.

Ainsi notre observation montre d'une manière indiscutable la possibilité de pénétration des flagellés dans la peau, qui y déterminent une affection cutanée ectimo-gommeuse avec une violente réaction inflammatoire du tissu environnant. Le type de l'amibe caudée, que je viens de décrire, je ne l'ai pas rencontré dans la littérature qui m'est accessible.

Par ses propriétés d'émettre des nombreux flagella, cette amibe se rapproche en partie de celle qui a été décrite par Ellermann dans « Poliomyélite aiguë » (*Centralblatt für Bacteriologie.* Abt. I, Band XI). De même, nulle part je n'ai trouvé dans la littérature d'indications sur le mode de la lutte phagocytaire des flagellata avec les leucocytes. Je crois qu'ici, aussi bien que dans la question des moisissures et des levures, nous nous trouvons en présence de la découverte de l'influence et du rôle des organismes animaux inférieurs dans les processus dermatologiques. Peut-être faut-il des procédés spéciaux pour faire une classification plus exacte de ces mondes, qui, par leurs propriétés (surtout leur polymorphisme) se rapprochent beaucoup les uns des autres, afin de pouvoir les trouver et cultiver comme des espèces indépendantes. Or, dans l'état actuel des procédés d'investigation, leurs propriétés se confondent et ce n'est qu'un tableau très prononcé, tombé par hasard sous nos yeux, qui nous fait parler de ces organismes.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA BLASTOMYCOSE CUTANÉE.

Par le Prof. I. Th. Zéléneff.

(Avec 6 fig.)

La situation privilégiée occupée par l'Amérique sous le rapport de la blastomycose cutanée qu'elle comptait, doit apparemment décliner, car dans ces derniers temps, l'Europe, et particulièrement la Russie (mes observations), ont fourni également des cas de cette affection cutanée. M'étant occupé de cette partie de la dermatologie, j'ai acquis la conviction que cette affection demande encore à être soigneusement étudiée et travaillée au point

de vue clinique ainsi que bactério-histologique. Cela ressort : 1° de la variété des formes cliniques de l'affection cutanée où l'on trouve des champignons de levure, 2° des difficultés qu'on a parfois d'obtenir des cultures pures, 3° de la variété non moins grande des formes de ces microphytes elles-mêmes, 4° de celle des formes levuro-filamenteuses qu'on rencontre parfois même dans un seul cas, comme cela a eu lieu aussi dans nos observations, dans le cas d'onyxie blastomycosique, dans l'observation actuelle et dans d'autres cas, où nous avons découvert la présence de ces parasites, 5° de la difficulté de les différencier d'une infiltration à petites cellules, des noyaux altérés, étant donné l'état inflammatoire du tissu où il faut les chercher, — car les formes des levures peuvent prendre tantôt une coloration foncée, tantôt une coloration rouge violet, — apparemment sous la dépendance de la période du développement, de l'état involutif et évolutif ; 6° enfin, du caractère indéterminé des propriétés fondamentales du groupe des levures lui-même, ce qui fait qu'il est difficile de différencier ce groupe des moisissures inférieures et surtout d'établir une limite distincte entre les saccharomyces qu'on rapporte au torula, et l'oïdium. La classification des levures parmi les groupes de blastomyces est principalement fondée sur l'étude de la structure interne de la cellule de levure ; la présence de spores et une certaine ressemblance au mycélium autorisent plutôt à les classer parmi les ascomycètes. (Fr. Lafare : Les bactéries et les champignons, 1904). Nous ne nous arrêterons pas sur la littérature de la question, car elle est exposée et étudiée d'une façon assez complète dans les travaux de Busse (1), de Buschke, (2), de F. Stemhaus, (3) et dans l'article de Loewenbach et Oppenheim (4). Ces derniers auteurs ont réuni dans leur travail en tout 45 cas (avec l'histoire brève de la maladie) de blastomycose cutanée, qui avaient été publiés par divers auteurs ; ils font en outre mention encore de 5 cas, dont ils n'ont trouvé la description ni parmi les travaux originaux, ni parmi les revues.

(1) Die Sprosspilze. Handbuch der pathogenen Mikroorganismen, édit. par les prof. Kolle et Wassermann, t. I.

(2) Untersuchungen über eine neue menschen und tierpathogene Hefeart. Saccharomyces membranogènes. (*Centralbl. f. Bacter.*, etc., t. XLIII.)

(3) *Archiv. f. Derm. u. Syphilis*, t. LXVII, u. LXIX.

(4) Beitrag zur Kenntnis der Hautblastomycose. (*Archiv. f. Derm. und Syphilis*, t. LXIII.)

Sur ces 45 cas, 2 seulement se rapportent à l'Europe ; ce sont le cas de Curtis et celui d'Amicis.

De plus récents sont les cas de *Loewenbach* et *Oppenheim*, (1904), de *Brandweiner* (Zur Frage der Blastomycose der Haut und über ihre Beziehungen zur Folliculitis exulcerans serpiginosa nasi.) de *Kaposi, Arch. f. Derm. u. Syphilis*, t. LXXVII, 1905) et de *Finger* (Blastomycosis cutis chronica. *Ikonographia dermatologica*, fasc. I, 1906.)

Ici, je souligne le fait, que les trois cas les plus récents appartiennent à la seule clinique du prof. Finger et se rapportent à des lésions de la peau du nez et des joues.

La littérature scientifique du sujet ne nous fournit ni unité des tableaux cliniques et histologiques de l'affection cutanée, ni identité des propriétés microbiologiques du parasite de la blastomycose cutanée de l'homme ; il suffit, pour s'en convaincre, de jeter un coup d'œil sur les figures accompagnant les travaux des auteurs américains (Montgomery, Gilchrist et d'autres) et européens (Loewenbach et Oppenheim, Fabry et Kirsch).

Certains auteurs expriment l'idée que les parasites fournissant des filaments mycéliens doivent être éliminés du groupe des champignons de levure ; quant à moi, en me basant sur mes observations personnelles, je considère cette opinion comme insuffisamment fondée. Même cette forme de levure noire, que nous avons décrite dans le cas d'onyxie blastomycosique, fournit non seulement une forme involutive de mycélium, représentée sur la figure, mais aussi une espèce de vrai mycélium, sous forme de petits filaments minces, munis de travers et renfermant au centre un pigment noir ; ce mycélium est cependant excessivement rare et peu abondant dans la levure. Plus souvent on rencontre un accroissement réticulé des cellules, et en général, des formes de croissance que l'on est embarrassé de reconnaître pour parasitaires. (Ressemblance avec les éléments tissuraires.) Le type le plus fréquent de la blastomycose cutanée est celui où les lésions se développent sur la face sous forme d'éruptions pustulo-nodulaires, accompagnées d'ulcération et de végétations et simulant des formes analogues de lupus et de syphilis. De pareilles formes ont été dernièrement décrites par Loewenbach et Oppenheim, Brandweiner et le prof. Finger. C'est à la même catégorie que doit être rapporté mon cas personnel

qui, avant que l'examen bactériologique en eût établi la nature blastomycosique, avait été considéré comme du lupus et traité par la photothérapie. Quant au cas de Fabry et de Kirsch, il a trait à un malade atteint d'une blastomycose généralisée ulcéreuse de la peau.

Histoire de la maladie. — Le malade, P. A., âgé de 17 ans, cosaque, originaire de la circonscription de Kouban où il réside.

Ses parents sont vivants, bien portants. Trois frères et quatres sœurs sont morts avant d'atteindre l'âge de 5 ans, d'affections que notre malade ignore. Point d'avortement et de mort-nés chez la mère. Jusqu'à l'âge de 12 ans, P. avait une santé parfaite. L'affection a débuté par un petit bouton douloureux sur la *muqueuse nasale* du côté gauche, ayant persisté près d'un an. En arrachant la croûte qui couvrait le bouton, il s'en est échappé une sécrétion limpide. Ensuite ont apparu sur la *joue gauche* trois petits nodules, qui déterminaient un violent prurit. A peu près un an plus tard, quelques nodules se développèrent sur *l'aile gauche du nez*, qui, bien qu'ils démangeassent, étaient indolores. Le malade entra à l'hôpital ; là, on pratiqua un curettage à la cuillère tranchante et des applications d'iode. Depuis, le processus cutané se mit à progresser et prit peu à peu l'aspect qu'il présente actuellement.

Une partie de la joue gauche, le côté gauche et une partie du côté droit du nez près du lobule sont hyperémiés, couvertes de nodules et de petites pustules du volume d'une tête d'épingle, de croûtes jaunâtres et de squames nacrées. Les croûtes sont surtout nombreuses sur l'aile gauche du nez, qui est considérablement ulcérée. L'aile du nez est douloureuse au toucher et lorsqu'on arrache les croûtes. De dessous les croûtes suinte un liquide trouble, blanchâtre. Pas de maladies vénériennes à noter dans les antécédents personnels du malade. Les téguments du tronc et des membres ne présentent aucune altération pathologique. On sent le ganglion sous-trochléen gauche, mais pas le droit. Les ganglions cervicaux gauches sont perceptibles ; les occipitaux sont augmentés de volume du côté droit. Les ganglions inguinaux sont perceptibles des deux côtés. Les muqueuses, la vue et l'ouïe sont normaux. Dans les poumons, on perçoit quelques râles sibilants, le malade ayant pris froid une quinzaine

de jours auparavant. Les bruits du cœur sont normaux. Pouls plein, 90 pulsations. L'examen des éléments morphologiques du sang a donné :

Hémoglobine : 84 % ; (Fleischl) érythrocytes : 4.480.000 ; leucocytes : 16.372 : le rapport est de 1 : 291. Lymphocytes gros et petits : 22 %; leucocytes mononucléaires : 5,7 %; polynucléaires 57, 1 % ; leucocytes à noyaux polymorphes : 8,6 % : éosinophiles : 6,6 %. Le tube gastro-intestinal est sain. Les fonctions



Fig. 1.

rénales sont normales. Les urines sont de couleur jaune-paille ; poids spéc.: 1022; réaction acide. Pas d'albumine ni de sucre ou d'autres éléments constitutifs pathologiques. Sédiments : un peu de mucus, des oxalates (2-18), des leucocytes.

L'épithélium pavimenteux ou cylindrique ne se rencontre pas dans chaque champ de vue ; pas de gonocoques ; quelques gros diplocoques se colorant par le Gram. Sommeil bon. Les réflexes sont tous normaux

Les pupilles réagissent à la lumière et à l'accommodation.

L'examen de la sécrétion purulente étendue et désséchée sur des lames et colorée sans fixation à l'éosine-azur dans l'alcool méthylique, a donné les résultats suivants :

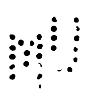
Dans les masses homogènes en formes de médaillon (a, b), absolument incolorables ou renfermant des blocs homogènes de nuances variées, de couleurs bleu verdâtre ou grise, dans les différents éléments cellulaires (c, c') dans les globules rouges (d, d') et blancs du sang, et enfin tout à fait libres on rencontre en grande quantité des formations rondes et ovalaires — des cellules de levure — parmi lesquelles beaucoup se trouvent à la période de division directe (g) et d'autres formes analogues sont représentées sur la figure presque dans chaque groupe. En examinant la préparation des champignons de levure par double coloration, je dois faire remarquer qu'on obtient une coloration variant selon les individus ; tandis que la plupart d'entre eux se sont colorés en violet, (a, f) beaucoup d'autres se colorent en bleu (h), quelques-uns en gris (i).

Je voudrais faire dépendre cette différence de coloration de la diversité de leur état ; ainsi les cellules grisâtres et bleuâtres se rapportent plutôt aux formes de dégénérescence, présentant des cellules-ombres. Il résulte, d'autre part, de mes nombreuses recherches sur la teneur du champignon de levure dans les produits pathologiques de la peau, que chez le même malade on peut rencontrer simultanément différentes espèces de levures, parmi lesquelles une quelconque prédominerait, ainsi que cela avait eu justement lieu dans mon cas d'*onychiæ blastomycoticæ*. De même, chez le malade actuel, je trouve à proprement parler trois formes de champignons de levure (a, h, k), parmi lesquelles la forme (a) paraît avoir joué le principal rôle pathogénique.

Cette forme nous la retrouverons dans les cellules et au point de vue de sa structure, elle se compose d'un plasma homogène, se colorant d'une façon très intense, et d'une enveloppe à double contour.

Certaines cellules ont un plasma qui se colore soit faiblement, soit pas du tout ; dans d'autres le protoplasma est vacuolisé ou peut-être même cystoïde. De ces cellules se détachent en différents points de leur corps et sous forme de gonflements des cellules-filles de dimensions variables. Je crois devoir attirer l'attention sur le fait que, dans mon cas, il y avait une multitude





Fı

de petits corpuscules ronds cocciformes, dont le centre ne se colorait pas ou renfermait un point rond coloré ; bref, cette forme reproduisait en miniature la forme des individus adultes. Faut-il considérer ces petits individus comme des spores, ou bien s'agit-il de cellules-filles involutives, puisque je ne les ai jamais vues se développer en individus adultes ? Néanmoins les dimensions de ces formations cocciformes étaient quand même variables. Les saccharomyces tumefaciens de Curtis donnaient des spores, ce qui ne s'observait pas chez les autres levures pathogènes pour les animaux. Les cellules de levure libres (f, n) ont apparemment des dimensions plus grandes ; mais en général elles peuvent être de la grosseur qui tantôt dépasse, tantôt ne dépasse pas celle d'un globule rouge du sang ; — dans mon cas elles ont le plus souvent des dimensions plus petites que celles d'un globule sanguin. De ce qui précède, il ressort que les cellules de levure vivent en parasites dans les éléments tissuraires, où elles provoquent la destruction des tissus, la formation d'une multitude de vacuoles, l'homogénisation, pour ainsi dire, la fonte des cellules. La substance nucléaire est également attaquée par le parasite (c'). Comme formes dégénératives du parasite j'en ai observé les suivantes : 1° une sorte de destruction générale de la substance plasmatique du parasite, avec une vacuolisation de son propre protoplasma : il apparaît comme une charpente à contours peu nets, comme une cellule de levure-ombre (b,i) ; 2° une désagrégation totale de tout le corps en fins fragments, qui conservent la forme du parasite (o) ; la désagrégation peut surprendre l'individu en pleine période de division ; 3° une transformation préalable de cellules de levure en une forme étoilée (p). Toutes ces formes de dégénérescence, nous pouvons les observer dans les emmagasinages cellulaires, comme résultat de l'activité phagocytaire des cellules. Quant au mycélium, je dois faire remarquer que cette espèce de cellules de levure peut fournir :

1° Des filaments très minces, longs ou courts, faiblement colorés, quelquefois contournés en spirilles réticulaires, parfois lancés entre deux cellules (r, s, t) ressemblant plutôt aux filaments bactériens ; et 2° des filaments plus gros à double contour ou homogènes, se colorant d'une façon très intense et prenant la même couleur que la cellule elle-même (u). Un fait fort intéres-

sant est que les champignons de levure peuvent apparemment donner aussi des cultures mixtes panniformes, où les filaments et les cellules s'enchevêtrent en grand nombre et aux divers stades de développement (accroissement et destruction) ; à la périphérie, on rencontre des formes ressemblant aux têtes de pavot des formations cauliformes (u). Mais toutes ces végétations mycéliformes sont naturellement peu abondantes, rudimentaires et s'écartent du mycélium typique sous bien des rapports.



Fig. 3.

Au point de vue de *l'anatomie pathologique*, le processus cutané se traduit dans tous les cas d'infection par des levures, par une inflammation exsudative (abcès épidermoïdaux), intéressant principalement les couches superficielles de la peau, et par une hyperplasie considérable de la couche de Malpighi aux points où les lésions sont plus récentes. Il va sans dire que, lorsque l'affection cutanée dure depuis longtemps, l'état inflammatoire de la peau peut s'étendre à une profondeur considérable ; le processus ulcéreux, qui accompagne l'affection, aboutit à la cicatrisation, au développement d'un tissu conjonctif, à la disparition totale de papilles. Dans mon cas, on constatait les altérations suivantes de la peau :

La couche cornée était en général épaissie, ramollie, renfermait par endroits des cavités cornées et des abcès, par ailleurs elle était homogénisée (coloration intense) et transpercée par des champignons de levure et des débris de noyaux.

La figure 3 présente les cavités des abcès (b, c) disposées au milieu des masses homogénisées de l'épiderme — principalement de la couche cornée; — et dans ces cavités, — dans leur contenu faiblement granuleux, également presque homogène, incolorable — se trouvent les champignons de levure. Le bleu de méthylène polychrome colore très bien les cellules de levure dans les

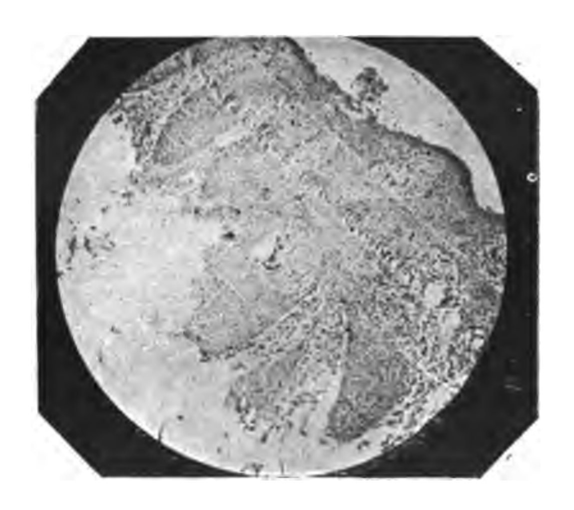


Fig. 4.

tissus. Le processus de kératinisation s'effectue irrégulièrement : la coloration double par le bleu et le rouge donne des teintes rose, rouge ou polychrome. Dans nombre de couches on observe des débris de noyaux et des champignons de levure, par endroits même en amas. La couche granuleuse ne s'est conservée qu'en quelques points.

La couche de Malpighi (fig. 4) est fortement hyperplasiée et œdémateuse ; les cellules sont vacuolisées et çà et là renferment de larges cavités remplies d'un détritus granuleux, de globules blancs et rouges. En différents endroits, on rencontre des cellules

de levure rondes, ovalaires, en forme de bouteille, le plus souvent homogènes, mais aussi faiblement granuleuses ; nombre d'*entre* elles présentent à leur centre un petit noyau rond, fortement coloré ; quelques cellules émettent des prolongements homogènes droits ou sinueux, libres ou réunisssant entre eux deux individus. Les dimensions en sont vaiiables — on rencontre des individus petits et assez gros.

Avec une certaine habitude et à l'aide de la double coloration ordinaire, on arrive aussi à distinguer les cellules de levure dans

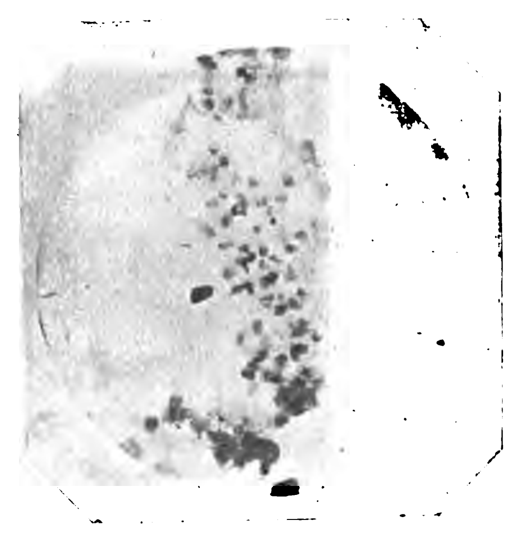


Fig. 5.

les tissus, principalement leur mode de division, les amas pairs ou impairs des globules homogènes, parfois situés en croix, mais leur différenciation des noyaux est encore rendue difficile par cette circonstance que ces derniers, à leur tour, se modifient beaucoup sous l'influence de l'état exsudo-inflammatoire de la peau. La figure 5 présente la photographie d'un morceau de tissu entièrement envahi par des cellules de levure.

La couche papillaire de la peau est œdémateuse et par endroits peu distincte à cause de l'hyperplasie diffuse du réseau de Malpighi et de la cicatrisation. On observe des cavités lymphati-

ques élargies et des infiltrations par des cellules plasmatiques, des lympho — et leucocytes.

Quelquefois le réseau de Malpighi est séparé du derme par des cavités. Dans le derme, ainsi que dans les cavités, on trouve des cellules de levure isolées et groupées par 4 et davantage d'individus.

A la différence du cas de Lœwenbach et Oppenheim, dans notre cas, la peau présentait les mêmes modifications que les couches

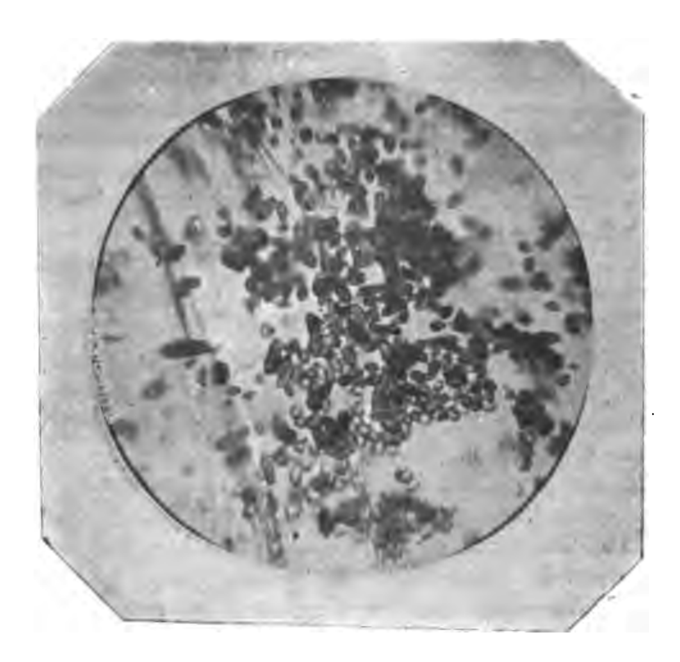


Fig. 6.

épidermiques. Infiltration cellulaire avec présence des champignons de levure, formation de cavités, œdème, hyperémie et néoformation de tissu conjonctif. L'infiltration était formée par des cellules mono et polynucléaires, des cellules plasmatiques et éosinophiles, épithélioïdes et géantes. Le long des vaisseaux sanguins, on rencontrait surtout de nombreux éosinophiles. Ici aussi on n'observait par endroits que les contours des cellules de levure avec un centre vide et des individus en voie de désagréga-

tion. Les ensemencements ont été faits sur l'agar, ascite-agar, la gélatine et sur la pomme de terre.

Sur la gélatine, à la température ambiante de chambre, en hiver (15° R), il s'est formé au bout de 3 semaines à peu près, une colonie noire, ronde, entourée d'un liseré étoilé grisâtre, et qui au bout de 8 jours avait atteint 5 ctm de diamètre.

L'ensemencement avait été fait avec les produits pris sous la croûte. A l'examen microscopique (fig.6), nous avons trouvé ici une multitude des mêmes champignons de levure verdâtres, homogènes, de dimensions variables. La culture était pure, exempte d'autres microorganismes pyogènes. Les cultures obtenues par nous différaient apparemment de celles de la Clinique viennoise. Les champignons étaient le plus souvent réunis en amas ; la division et la croissance des individus étaient très nettes ; beaucoup d'entre eux portaient à leur surface des éléments ronds, très petits, dont un grand nombre étaient dispersés au milieu de la culture. Cela correspondait parfaitement aux constatations cliniques. Deux autres faits dignes de remarque : 1° la formation d'un mycélium en bâtonnet, non ramifié, long ou court, mais peu riche, et 2° la propriété des cellules d'élaborer un pigment noir ou vert foncé, qui couvrait d'une manière diffuse les amas cellulaires ou bien était disposé dans le voisinage en forme de cristaux triangulaires.

L'ensemencement du suc pris sous la croûte après l'enlèvement de cette dernière, sur l'agar, entretenu à la température de 37°5 R. au thermostate avait donné dans le même espace de temps (près de 3 semaines) une petite colonie ronde ayant 5 mm. de diamètre, d'un gris blanchâtre, saillant à la surface de l'agar, et près de la colonie principale, dans une circonférence ne dépassant pas 1 ctm., encore 8 colonies ayant l'aspect de petits points. Ces colonies contenaient les mêmes parasites, principalement des cellules et des débris.

L'ensemencement sur la pomme de terre, quoique répété deux fois, n'a pas réussi.

Le traitement consistait dans l'emploi de l'iode à l'intérieur et par voie hypodermique. Extérieurement des pommades et la photothérapie ; à l'intérieur l'iodure de potassium à doses croissantes et en injections profondes d'iodipine à 25 %, par doses de 10-25 gr.

On constate une amélioration notable. L'inflammation de la peau occupe une partie considérable de la joue gauche et nécessitera évidemment beaucoup de temps pour guérir.

Le premier effet thérapeutique s'est traduit par une diminution du nombre des abcès épidermiques et la céssation de la formation des nodules. La profondeur des lésions cutanées devait également être un signe pronostique défavorable quant à la rapidité de la guérison. La possibilité de l'infection de tout l'organisme par des champignons de levure par la voie sanguine réclame un pronostic réservé pour ces maladies. En outre, dans beaucoup de cas nous devons probablement admettre une infection mixte (des formes hybrides), comme je tâcherai de le démontrer dans une prochaine communication relative à une forme parasitaire, qui produit des « chancres syphilitiques noirs » et qui a été en même temps trouvée par moi dans un cas de « blastomycose de la peau de la jambe », ainsi que dans un cas, qui cliniquement présentait le tableau des « leucomides de la peau ». Après une injection profonde d'iodopine dans le muscle fessier, le malade eut un abcès, qui se développa très rapidement ; à l'examen du pus et des débris, on n'a trouvé que des champignons de levure, sans autres microorganismes pyogènes. J'admets que les champignons de levure y ont pénétré par la voie vasculaire, lésée par mégarde, puisque la désinfection externe fut identique à celle des injections précédentes.

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques de l'Université de Toulouse.
Pr Ch. Audry.

SUR LES LÉSIONS MICROSCOPIQUES D'UNE BALANITE ULCÉREUSE

Par M. Pellier
Chef de clinique.

Dans un travail fait dans ce laboratoire, mes prédécesseurs, MM. Dalous et Constantin (1), ont étudié les lésions microscopi-

(1) Dalous et Constantin. — Etude histologique de la balanite érosive. *Journal des maladies cutanées et syphilitiques*, 1904, p. 481.

ques de la balanite *érosive*, érosions ne dépassant pas, en général, la partie moyenne du corps muqueux. Nous avons eu l'occasion d'examiner des fragments d'une balanite sensiblement différente à tous les points de vue, et franchement *ulcéreuse*.

Les pièces provenaient d'un homme de 60 ans, qui présentait des accidents de rétention d'urine (mictions fréquentes et impérieuses, urine trouble, etc.); tous ces accidents étaient dus à un phimosis congénital extraordinairement serré, si serré que son orifice devenu cicatriciel n'admettait plus qu'un stylet très fin. Le malade entra à la Clinique et fut circoncis. Il s'était constitué entre le prépuce et le gland comme une petite vessie accessoire contenant à peu près une cuillerée à bouche d'urine trouble et ammoniacale. Les parois de cette cavité, balaniques et préputiales, étaient ravinées par des sillons d'érosion profonde, rose vif, recouverts par endroits d'un exsudat blanchâtre circonscrivant par endroit des territoires de peau à peu près saine, seulement un peu rosée et épaisse. Les sillons étaient un peu plus profonds, plus étroits, mieux tracés que les altérations habituelles de la balanite érosive vulgaire. Ce sont ces fragments dont nous donnons l'examen.

Examen histologique. — Les pièces ont été fixées par la solution alcool-formol-acide acétique de Morel et Dalous. Colorations : Hématéine et Van Gieson ; éosine-orange-bleu de toluidine ; éosine, bleu de méthylène-thionine ; bleu polychrome ; orcéine.

Les coupes ont été faites perpendiculairement à l'axe d'une des érosions. Sur de pareilles coupes on trouve tantôt l'épiderme complet, tantôt l'érosion totale telle qu'elle apparaît macroscopiquement, tantôt au contraire, des altérations beaucoup moins intenses que cette dernière et répondant manifestement à son stade initial.

Si l'on examine l'épithélium là où il est complet, on constate d'abord un certain degré de parakératose qui se traduit par l'augmentation des couches cornées avec persistance des noyaux. La couche granuleuse est également conservée avec sa kératohyaline (hématéine). Le corps muqueux est considérablement épaissi sans modifications bien appréciables des cellules malpighiennes. La couche génératrice est régulièrement disposée. Toutefois, les mitoses sont sensiblement plus nombreuses qu'à l'état normal. Dans cette même région, il est facile de constater que l'acanthose a porté non seulement sur les plans épithéliaux perpendiculaires aux papilles, mais encore sur les colonnes interpapillaires. Celles-ci sont notablement élargies de sorte que les papilles sont elles mêmes considérablement diminuées dans le sens de leur largeur, réduites à leur axe vasculaire.

Le tissu conjonctif sous-papillaire est le théâtre d'une infiltration leucocytaire très diffuse, mais dont la répartition s'opère très inégalement, tantôt assez dense, tantôt clairsemée. Cet infiltrat est très généralement composé de lymphocytes et de grands mononucléaires. En outre de ces

derniers, on aperçoit un grand nombre d'éléments situés sur un plan un petit peu plus profond, dispersés en groupe ou en traînées, constitués par un corps cellulaire volumineux à protoplasma riche et bien coloré, un gros noyau excentrique et qui sont manifestement des plasmazellen, remarquablement abondantes. Cette abondance de plasmazellen aussi bien, d'ailleurs, dans une certaine mesure, que la fréquence des mastzellen est un caractère ici assez singulier pour mériter d'être noté très expressément.

Les vaisseaux sont dilatés. Quant aux faisceaux conjonctifs, leur état dépend du degré d'infiltration. Ils sont tout à fait morcelés et réticulés dans les points correspondant à des altérations, denses et passablement conservés ailleurs. Les couches profondes du derme sont relativement peu modifiées.

Les infiltrats, au lieu d'être diffus, sont assez bien localisés au pourtour des vaisseaux. Il est remarquable que de petits infiltrats périvasculaires contiennent un nombre considérable de mastzellen. D'autre part, la plupart des cellules qui les composent offrent les caractères des plasmazellen ordinaires de Unna.

Si maintenant, nous examinons les points de l'épithélium de revêtement qui semblent commencer à être entraînés par l'érosion, on voit qu'à leur niveau, l'épiderme est encore conservé. Il présente cependant des modifications considérables.

La couche cornée a disparu. Elle n'est plus représentée que par quelques strates jaunâtres (acide picrique), qui maintiennent de petits amas aplatis de polynucléaires (micro-abcès). Au dessous, il n'y a plus trace de couche granuleuse. Le corps muqueux est considérablement modifié et aminci. Il se réduit à deux ou trois couches de cellules dont les noyaux très dilatés sont extrêmement pauvres en chromatine. Toutes les cellules sont aplaties en losange, perpendiculairement au derme. En quelques points, les plans superficiels de ce reste de corps muqueux sont morcelés par une infiltration de polynucléaires qui fait suite au micro-abcès intracorné.

Enfin, la couche génératrice a complètement perdu son aspect habituel. Ses cellules sont devenues polygonales, ses noyaux clairs, il n'y a plus de mitoses et sur certains points, elles sont vivement dissociées par la diapédèse. De sorte qu'on a quelque peine à distinguer l'épithélium du tissu conjonctif. Bien entendu, on ne trouve plus aucune trace de la disposition papillaire.

Cet épiderme ainsi modifié est réduit même, en certains points, à deux ou trois plans de cellules à peine reconnaissables et superposés à un tissu conjonctif dont les couches les plus superficielles sont parcourues par d'innombrables vaisseaux, probablement néoformés, à cellules endothéliales volumineuses, contenant tantôt des globules rouges tantôt aussi des polynucléaires dans une lumière à peine aussi large que la paroi.

Au-dessous et au voisinage tous les faisceaux conjonctifs sont morcelés et dissociés par l'infiltration leucocytaire.

Dans les plans superficiels principalement celle-ci contient une très

forte proportion de polynucléaires. Au fur et à mesure que l'on s'enfonce, les polynucléaires paraissent moins nombreux, sauf dans les cavités vasculaires. Dans les interstices du tissu conjonctif, ils sont remplacés par des lymphocytes, des mononucléaires et un assez grand nombre de plasmazellen.

Si maintenant, nous envisageons les érosions entièrement constituées, nous constatons la disparition totale de l'épithélium. Celui-ci, en effet, diminue et s'efface progressivement sur ses bords comme nous venons de le décrire. Cet effritement s'opère au milieu d'un exsudat qui fait saillie à l'extérieur. Cet exsudat forme bourrelet sur le bord même de l'épithélium et il couvre tout le fond de l'érosion. Il est formé par une substance plus ou moins amorphe, réticulée, morcelée et labourée par d'innombrables polynucléaires. Les plans les plus superficiels sont recouverts d'une quantité de bactéries à forme de cocci, de diplocoques, et de bacilles auxquels il est impossible d'assigner une signification précise et qu'on retrouve en abondance jusque dans les cellules épithéliales qui desquament au voisinage. Aux polynucléaires qui constituent à peu près exclusivement les couches superficielles de cet exsudat on voit se mélanger quelques grands corps cellulaires, clairs, polygonaux, présentant un seul noyau pauvre en chromatine avec un petit nucléole, qui ne sont probablement que de grands mononucléaires et non pas, comme on pourrait le croire, des cadavres épithéliaux.

Au fur et à mesure que l'on s'enfonce dans la profondeur, le fond de l'érosion présente des vaisseaux néoformés dont nous avons parlé tout à l'heure, avec leur endothélium énorme et leur contenu de polynucléaires. Enfin, au voisinage de ces derniers vaisseaux, nous voyons se réaliser des accumulations considérables de plasmazellen. Si l'on examine des plans encore plus profonds, on voit ces infiltrats de plasmazellen, beaucoup plus circonscrits, toujours périvasculaires et accompagnés d'une grande quantité de mastzellen. Il apparaît, en examinant ces dernières, que, exception faite de leur réaction colorante (coloration rouge par bleu polychrome, Glyr-Æther), leur morphologie est tantôt celle de ces mêmes mastzellen, tantôt celle des cellules conjonctives qui à ce niveau conservent leur caractère et leur disposition normale.

D'une manière générale nous n'avons pas encore parlé du tissu élastique, parce que, conformément à ce qui se passe d'habitude, l'inflammation l'a complètement fait disparaître.

Si l'on examine les plans tout à fait profonds du tissu conjonctif, on constate précisément la réapparition de cette élastine. Les faisceaux connectifs reprennent leur aspect normal. Cependant, entre ceux-ci et le long des vaisseaux, on voit de petites couches de lymphocytes et de mononucléaires auxquels se mêlent quelquefois des plasmazellen.

Ajoutons que les artérioles et les vésicules ont des parois remarquablement épaisses et que leur endothélium semble un peu plus saillant que normalement. Ces derniers caractères n'ont toutefois pas grande signification, si l'on songe qu'il s'agit de vaisseaux appartenant à la région préputiale et pouvant très bien présenter à l'état normal un aspect semblable.

Les lésions constatées dans cet examen diffèrent de celles étudiées par MM. Dalous et Constantin :

1° Par leur intensité ;

2° Par l'abondance remarquable de cellules *plasmatiques*.

La balanite que nous avons eue sous les yeux est nettement ulcéreuse et non érosive. Le pronostic de sa réparation devient de ce fait sensiblement différent.

Toutefois, balanite *érosive* et balanite *ulcéreuse* semblent bien résulter d'un même processus anatomique initial qu'on peut se représenter comme une variété de pyo-épidermite. Dans le cas présent, l'ulcération, la perte totale de substance de l'épithélium résulte d'un double processus d'érosion par le dehors (micro-abcès, exsudats, etc.), et d'érosion par le dedans (exsudations et bourgeonnement intra-papillaire sous-épithélial).

Quant au développement singulier des cellules plasmatiques, nous pensons qu'on doit peut-être l'attribuer simplement à la persistance extrêmement prolongée des agents irritants sur les surfaces malades.

Sa cavité préputiale était ici devenue une sorte de vessie secondaire, infectée; il était permis d'établir une comparaison très vraisemblable entre les altérations qui s'y étaient développées et les processus érosifs habituels des cystites vraies.

DE LA BLENNORRHAGIE, MALADIE GÉNÉRALE ET DE SES COMPLICATIONS EXTRA-URÉTHRALES

Par Docteur L. Batut.

Médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Bordeaux.

Complications générales et manifestations oculaires.

La blennorrhagie se montre tant sur l'appareil de la vision que sur l'appareil lacrymal. De longue date, on connaît la *conjonctivite* blennorrhagique par inoculation accidentelle ou thérapeutique. On sait combien il a été difficile de la différencier de certaines conjonctivites purulentes, manifestations aiguës de l'ophtalmie granuleuse en Algérie, Tunisie et surtout en Egypte; la culture du gonocoque permet aujourd'hui de rendre au trachome ce

qui lui appartient, et au gonocoque ce qui lui est propre, car le boursouflement énorme initial des paupières ne suffit pas toujours, dans ces pays, à les différencier.

Le trachome même purulent n'a pas de manifestations générales, la conjonctivite purulente blennorrhagique peut en avoir, et un grand nombre de faits l'ont montrée accompagnée d'arthrites blennorrhagiques, comme par exemple dans le cas de Galtier (*Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, 17 mai 1903), où une arthrite du genou suit la conjonctivite. Dans un fait personnel, le diagnostic était plus difficile: une inoculation accidentelle d'ophtalmie purulente relativement bénigne (trachomateuse ou blennorrhagique) est suivie d'une dysentérie grave ; un mois après se déclarent des arthrites métatarso-phalangiennes avec douleurs intenses, œdème, marche pénible durant deux mois ; avions-nous affaire à une arthrite dysentérique ou à une arthrite à gonocoques ? La conjonctivite, après une phase aiguë, durait encore deux ans après et s'exacerbait à certains jours ; la mère des enfants, cause de l'inoculation, venait de faire une phlébite post-puerpérale avec écoulements vaginaux suspects. Nous savons que dans certains cas de pannus total, à défaut de jéquirity, on a essayé non sans succès les inoculations de pus blennorrhagique, pour provoquer une réaction intense modificatrice ; certains résultats satisfaisants ont été obtenus, mais on semble avoir négligé les menaces d'infection générale (1).

(1) Nous venons d'énucléer l'œil droit d'un malheureux dragon atteint de conjonctivite banale qui, sur le conseil d'un camarade se lave les yeux avec son urine ; au quatrième jour de cette médication, il présente tous les symptômes d'une première blennorrhagie uréthrale, fait une ophtalmie purulente double des plus graves et en quinze jours aboutit à la cécité définitive malgré les cautérisations répétées au nitrate d'argent et les lavages au permanganate de potasse. Nous le voyons trois mois après avec un énorme staphylome cornéen droit, en hypotonus très manifeste, des ectasies scléroticales, un effacement complet de la chambre antérieure, tandis que l'œil gauche, dont la cornée offre une légère cicatrice filtrante avec synéchies iriennes et irido-choroïdite à l'état chronique, résiste encore malgré la propension aux staphylomes scléroticaux ; l'œil droit est énucléé, fait encore un abcès à gonocoques dans la paupière supérieure, vite arrêté par l'incision ; l'urèthre, quatre mois après, offre un suintement caractéristique. Malgré tous ces incidents on n'a noté ni arthrite, ni abcès musculaires, ni lésions diverses des séreuses ; l'état général est excellent mais la cécité irrémédiable.

Nous rapprochons ce fait du travail de Sous (*Journ. de Méd. de Bordeaux*, 1893) et aussi d'Aubaret (*ibid.* 1902), où ce dernier auteur cite 8 cas d'ophtalmie urineuse tirés des registres de la Clinique du professeur Badal, travail intéressant à consulter à tous égards.

On a pu signaler la *dacryoadénite* blennorrhagique (Etravant, *Lyon médical*, 29 mars 1903), soit par infection sanguine, soit par inoculation à travers les canaux excréteurs des deux glandes orbitaire et palpébrale, dans des cas de conjonctivite à gonocoque ; ces faits sont rares par rapport aux cas de conjonctivite observés. Le mot même de blennorrhée du sac indique que la tumeur lacrymale, la dacryocystite suppurée peut être, tout comme la cystite, due au gonocoque ; on sait du reste qu'il a été décrit une rhinite blennorrhagique ; et l'on a aisément l'idée d'abcès périsacculaires dans l'angle de l'œil, tout comme on voit évoluer des abcès péri-appendiculaires à coli bacille sans perforation de l'appendice ; mais des dacryocystites peuvent-elles résulter d'infection générale et non d'inoculation de voisinage ? C'est fort possible.

Les conjonctivites purulentes des nouveau-nés comme des adultes sont souvent néfastes pour la cornée, et on voit très souvent une perforation rapide de la chambre de l'œil suivie de l'expulsion du cristallin et de perte de vitré, si l'on n'intervient par des cautérisations énergiques au nitrate d'argent à 1 /40 ou même 1 /30 ; la vision est du reste irrémédiablement perdue dans l'ophtalmie violente, et la cécité menace le malade en raison de la difficulté de protéger le second œil contre les inoculations ; nous rattachons à cette cause un certain nombre de cécités observées en Algérie et Tunisie, où il est d'usage d'incriminer la variole. Mais il y a là un effet de continuité ; la cornée baigne dans le pus et est directement infectée dans des espaces lymphatiques par le diplocoque de Neisser.

On observe toutefois dans le globe de l'œil des complications sans relation directe avec un pus blennorrhagique de voisinage et depuis longtemps, bien avant les théories actuelles sur les tuberculides et les toxines diverses, les tuberculines variées, les chéloïdes, les rhumatismes tuberculeux chers à Poncet, on a décrit et nous en avons observé un certain nombre de cas, des *iritis blennorrhagiques* indépendantes de toute inflammation de l'appareil conjonctival, ce sont donc des iritis sans inoculation, dues à des toxines, avec cercle périkératique, douleurs circum-orbitaires, photophobie mais sans flocons dans l'humeur aqueuse, ni culture possible de cette humeur. Ces iritis sont donc bien des manifestations d'ordre général, d'infection générale sanguine au premier

chef; on les voit par suite se compliquer soit de ténonite de même nature, soit de névrite optique, soit encore d'arthropathies; et ici, encore, il y a lieu de bien distinguer entre l'iritis rhumatismale avec ses manifestations également articulaires, mais sensible au salicylate de soude, l'iritis syphilitique avec des arthropathies de la période secondaire résolue par les injections de biiodure de Hg et l'atropine, l'iritis tuberculeuse sans perles ou tubercules iriens, c'est-à-dire due à des tuberculines, forme nouvelle, avec, parfois, des manifestations de rhumatisme tuberculeux s'envahissant depuis deux ans, et enfin l'iritis blennorrhagique sans inoculation, du reste, l'iris, comme la choroïde, peuvent être atteints, soit successivement, soit en même temps, de là, les *irido-choroïdites* blennorrhagiques dont Strudmann Bull (*Med. Rec.*, 30 déc. 1902) a rapporté 5 cas personnels à l'appui de sa thèse sur la blennorrhagie maladie constitutionnelle.

Fromaget (*Ann. de Dermat.*, 1899, p. 1142) a publié de son côté un cas d'iritis et de névrite blennorrhagique, et nous devons à Malherbe (*Journ. des mal. cut. et syph.*, 1903, p. 729) un cas de blennorrhagie aiguë avec arthropathie sterno-claviculaire et iritis, manifestations diverses indiquant bien, par leur lien causal, le trouble général de l'organisme, l'infection générale, pour tout dire. Un fait semblable a été, du reste, publié par Kuchazowski (*Progrès méd.*, 27 janvier 1900).

Cassel (Soc. Méd. Int. de Berlin, 1903) rapporte un cas de conjonctivite blennorrhagique suivi de furoncle à gonocoque, d'arthrite du genou ponctionnée et de culture de diplocoque.

Nous n'insistons pas sur ces faits probants, et ne voulons pas rechercher dans nos notes les faits d'iritis que nous avons eu à soigner ; mais certains cas d'atrophie du nerf optique indépendants des intoxications mercurielle, saturnine, tabagique, syphilitique doivent être rapportés à cette étiologie souvent méconnue.

Nous hasardons l'idée que certaines otorrhées pourraient aussi revêtir la même origine, l'oreille moyenne étant une séreuse susceptible de manifestations d'infection, tout comme certaines arthrites des osselets de l'ouïe, tout comme certaines arthrites cricoarythénoïdiennes (Baumgarten, in *Wien med. Woch.*, 17 oct. 1903.)

Système locomoteur

Il comprend les muscles, les os, les ligaments, les articulations.

On connaît depuis peu les *myosites blennorrhagiques* qui ne peuvent s'expliquer que par l'idée directrice de Souplet, l'infection générale. Ware (*Amer. Journ. of med. Sc.*, juillet 1901, p. 40) en a rapporté un exemple et Samberger (*Arch. heb. de méd. clin.*, 1903, p. 322), en a fait une bonne étude. Courtois-Suffit (*Soc. Méd. des Hôp.*, 20 avril 1905) rapporte un cas d'abcès musculaire à ajouter à ceux de Bajernid et Hopkins.

Du reste, de même qu'il y a un rhumatisme musculaire et un rhumatisme articulaire, de même, on peut noter des rhumatismes infectieux secondaires s'attaquant aux muscles seuls (myalgies) ou aux articulations (arthrites infectieuses et surtout arthrite blennorrhagique).

Il y a lieu de considérer aussi les *ténosites* à gonocoques et surtout les synovites tendineuses dans lesquelles la ponction a pu plus d'une fois permettre de découvrir le gonocoque et de le cultiver ; nous devons à Nobl (*Wien. Klin.*, mai 1903) un fait de métastase synoviale blennorrhagique, mais nos recueils en contiennent divers exemples (cas déjà ancien de Robin, in : *Arch. Gén. de méd.*) ; on connaît depuis longtemps les *hygromas* blennorrhagiques (rétro-calcanéiens, rotuliens, sous-deltoïdiens), dont l'étiologie n'apparaît qu'à la lumière de la gonococcémie de la patte d'oie. Hirtz a pu faire accepter (*Journ. des prat*,, 16 déc. 1905) un cas d'*ostéo-périostite blennorrhagique*, et Kienbock s'est attaché par deux fois (*Cent. f. chir.*, 1902, p. 1257) à étudier d'une part les lésions osseuses dans l'arthrite blennorrhagique, d'autre part, les myosites compliquées d'arthrite blennorrhagique (*Samml. Klin.*, 1901, n° 315).

Le panaris blennorrhagique a été aussi décrit, soit qu'il soit sous-épidermique comme dans un cas personnel (*Soc. méd. de Toulouse*, 1893), soit qu'il soit plus profond et atteigne la gaine des fléchisseurs, le périoste ou la moelle osseuse, comme dans le cas de Fritz Meyer (*Soc. de méd. int. de Berlin*, 1903).

A propos des synovites, rappelons aussi le fait dû à Smith (*Brit. med. Journ.*, 7 juin 1907), d'un enfant atteint d'ophtalmie des nouveau-nés et ultérieurement de synovite gonorrhéique.

Nous avons, plus haut, parlé des hygromas à gonocoques, une des

formes les plus communes est la bursite achilléenne ou *talalgie blennorrhagique* bien connue depuis les travaux de Desprès, de Vincent d'Alger (*Sem. méd.*, 7 sept. 1904), de Jacquet (*Sem. méd.*, 1892, p. 237) ; le siège de ces douleurs du talon est tantôt le long du tendon d'Achille, à son insertion, tantôt dans la bourse de Lenoir située plus bas, tantôt encore à la face inférieure de l'os, en avant des insertions de l'accessoire du long fléchisseur. Vincent en a rapporté 8 cas personnels dans lesquels il est intervenu ; nous en avons observé trois cas, nous possédons la radiographie de l'un d'eux qui montre une périostite manifeste du calcanéum ; notre dernier opéré était un simple arthritique chez lequel la radiographie montrait une ossification de l'accessoire à la plante.

Baer (*Surg. Gynec. et Obst.*, 6 févr. 1906) a rapporté de sa propre pratique 6 cas d'exostose blennorrhagique du calcanéum, et peut-être aussi pourrait-on expliquer par la théorie de l'infection non seulement ces cas de talalgie, mais aussi certains faits de pied plat douloureux, valgus ou non que Poncet, par la plume de son élève Martin (*Thèse Lyon*, 1905), explique par une origine tuberculeuse et Tillaux par une arthrite médio-tarsienne.

Nous savons que l'*achillodynie* peut être *syphilitique* et nous n'ignorons pas l'étude de Schirem (*Deutsch. Zeit. f. Chir.*, 1902, t. 77), ni le cas du professeur A. Fournier (*La Syphilis.*, 1903, p. 218), où le tertiarisme est manifeste ; mais Nobl (*Zeitsch. f. Heilk*, 1903. t. 24), nous a donné un cas indiscutable de bursite achilléenne profonde blennorrhagique, et Dourthe (Thèse Bordeaux, janvier 1905), vient d'étudier plus spécialement la talalgie et le pied blennorrhagique, tout comme il y a depuis Verneuil un pied phlébitique.

Nous estimons que cet ensemble imposant de faits ne permet pas de nier le processus générateur et généralisateur de ces accidents gonorrhéiques.

Les localisations articulaires de la gonorrhée sont aujourd'hui hors de contestation, et depuis le fameux débat de la Société Médicale des Hôpitaux, en 1866, où Lasègue et Pidoux avaient eu l'intuition clinique de ce que devait si bien démontrer la bactériologie 25 ans plus tard, les rhumatismes infectieux lancés par Bourcy dans sa thèse ont acquis droit de cité, spécialement le *rhumatisme blennorrhagique* qu'à tort, on appelle arthrite blennorrhagique, puisque l'arthrite n'est jamais initiale, mais secon-

daire à la présence en quelque point du corps du gonocoque (œil, nez, bouche, urèthre) ; incessamment la question est sur le programme des Sociétés Savantes et innombrables sont les travaux récents sur ce sujet.

Tandis que Renault (*Ann. de Derm.*, févr. 1904), étudie l'état constitutionnel des rhumatismes blennorrhagiques, Hartmann dans son livre récent (*Mal. des org. gén.-ur.*, 1904), décrit un *rhumatisme noueux* blennorrhagique,et Claisse (*Sem. méd.*, déc. 1904), rapporte un cas de polyarthrite puerpérale gonococcique avec *spondylose blennorrhagique.*

Nous rappellerons dans ces dernières années seulement l'arthrite de Chauffard (*Rev. gén. de chir.*, 25 janvier 1902), celui d'Hirzfeld (*New-York med. Journ.*, 8 mars 1902), celui de Markheim (*D. Klin. Med.*, 1902, t. 72), sur l'arthrite blennorrhagique, celui d'Utiti (*Gaz. degli Osped.*, août 1902), de Westerseldt (*Med. Times a. Register Philadelph.*, avril 1902), sur le rhumatisme gonorrhéique, la thèse de Philippet (Paris 1902), sur les ostéopathies blennorrhagiques, la communication de Vaquez et Laubry (*Soc. méd. des Hôp.*, 27 nov. 1902, p. 1008), sur l'étiologie et la bactériologie des arthrites blennorrhagiques. Toutes ces arthrites ne suppurent pas et Gini (*Ann. des mal. des org.-gén.-urin.*, 1904, p. 880) en a cité un cas ayant intéressé l'épaule ; elles ont une fâcheuse tendance à l'ankylose en raison d'une facilité de se manifester par de la chondrite ; elles déterminent non seulement des périarthrites avec ankylose fibreuse, mais souvent des encerclages comme le professeur Ollier disait en avoir opéré quelques cas au coude, et même des ankyloses osseuses ; au genou, elles provoquent une hypertrophie énorme des condyles (nous en avons une belle radiographie) et l'ankylose en flexion, malgré des arthrotomies précoces, préventives des gros délabrements, aux pieds et aux mains, elles sont aussi dangereuses, en raison des raideurs articulaires vite définitives ; plus rarement qu'on ne l'a dit, elles se localisent à l'articulation sterno-claviculaire, dont nous n'avons vu qu'un exemple dans notre pratique personnelle (voir le cas de Malherbe déjà cité 1903) ; au poignet, elles ont de la gravité si elles ne sont pas traitées rapidement par la révulsion, la mobilisation rapide, l'arthrotomie même ; au coude, elles peuvent s'accompagner d'*ostéome* du brachial antérieur (cas personnel in *Journ. des mal. cut. et syph.*, 1901) ; les pansements à l'alcool pur renou-

velés en atténuent considérablement les douleurs. On peut leur rattacher certains cas de périarthrite de l'épaule (bourse séreuse sous-deltoïdienne), de la hanche (péritrochantérite, cas personnel); qu'il y ait exsudat séreux ou exsudat purulent, il faut agir très vite par la ponction et, s'il le faut, par l'arthrotomie ainsi que le recommande Queyrat (*Sem. méd.*, 20 avril 1905), à propos d'un cas d'arthrite du genou ainsi traitée avec succès chez un homme de 30 ans. Dans un cas curieux de Goldmann (*Monats. f. prakt. Derm.*, juillet 1904), des périarthrites gonorrhéiques suivirent une infection par une plaie chez un enfant.

Les manifestations multiples qui accompagnent ces arthrites en dénotent bien l'étiologie par infection générale, soit qu'il s'agisse de blennorrhée uréthrale avec arthrite et iritis chez l'homme soit que chez la femme, dans un certain milieu, il y ait écoulement vaginal suspect, ovarites, salpingites et arthropathies concomitantes. Parfois, on note des troubles trophiques, des hyperkératoses caractéristiques comme dans le cas de Baermann (*Arch. f. Derm.* avril 1904), ou celui de Jacquet et Ghika (*Soc. med. des Hôp.*, 1897, p. 39), dans lequel un homme de 27 ans, atteint 6 fois d'uréthrite, présenta chaque fois du rhumatisme articulaire puis de l'hyperkératose des mains, du glossyskin. Cette dermite hyperkératinisante était manifestement liée à l'arthro-blennorrhagisme et d'origine trophique ; elle relevait d'une infection générale.

Névrites gonococciennes

Les manifestations nerveuses de la blennorrhagie ont été l'objet d'une étude de Lutsgarten (*Arch. de Derm.*, 1897, p. 905) ; on trouve dans les *Archives de Médecine militaire*, un travail sur les myélites blennorrhagiques; Audry, dans son petit livre sur la blennorrhagie (1905), a passé en revue les manifestations névritiques étudiées par les divers auteurs ; nous ne répugnons pas à l'idée générale de l'infection comme étiologie de la plupart des troubles médullaires (myélites systématisées), et dans cette voie on ne saurait refuser aux toxines gonococciques une action d'élection que l'on accorde à d'autres sécrétions microbiennes ; de là aussi l'action bienfaisante d'un sérum préventif (article de Romme in *Presse médicale*, 28 février 1906). Nous avons déjà signalé le fait de Fromaget concernant une iritis blennorrhagique, compli-

quée de névrite de même nature ; rappelons aussi la thèse récente d'Evrard (Paris, 1904) sur les polynévrites blennorrhagiques, étude confirmative de l'observation plus ancienne d'Allard et Naugé (*Arch. de Dermat.*, 1897, p. 717) ; le travail le plus important sur ce sujet est l'étude anatomo-pathologique du système nerveux du sujet observé par Ménétrier (*Soc. méd. des Hôp.*, 23 juin 1904), atteint de polynévrite blennorrhagique et qui finit par succomber ; nous avons publié un cas de sciatique blennorrhagique (*Jour. des mal. cut. et syph.*, 1902).

Il semble donc bien démontré que si les manifestations spinales sont rares, elles sont cependant en dehors du domaine de l'hypothèse et sous l'influence de toxines blennorrhagiques résultant des sécrétions uréthrales, ou de la présence du gonocoque dans le sang ; ce dernier devra dorénavant y être recherché dans toute étude nouvelle sur ce sujet. Quant aux polynévrites signalées, elles sont par analogie, et plus manifestement, sous l'influence de l'infection. Ce n'est pas à dire qu'elles soient fréquentes car pour notre part, nous n'en avons pas vu un seul cas personnel, malgré 25 ans de pratique hospitalière ou régimentaire, s'étendant sur plusieurs milliers d'uréthrites blennorrhagiques.

Vaisseaux sanguins (artérites et phlébites).

La phlébite blennorrhagique est encore discutée malgré plusieurs faits sérieux recueillis par Giard dans son Traité de la Blennorrhagie ; nous avons présenté à la Société des Sciences médicales de Lyon en 1900 deux cas incontestables de phlébite blennorrhagique, l'une temporaire ayant porté sur la saphène interne et le sciatique droits chez un officier qui avait eu, un an avant, le même accident du côté opposé, l'autre plus grave ayant entraîné une erreur de diagnostic ; dans le cours d'une uréthrite banale, le malade est pris brusquement de vives douleurs dans le mollet et le genou, puis on voit apparaître une large tache blanche sur l'urèthre antérieur et le gland qui sont sphacélés en partie ; nous en avons fait un cas de thrombo-phlébite des corps caverneux ; le malade a guéri après avoir présenté des accidents très graves d'infection générale et de septicémie, que les injections de permanganate ont conjurés tardivement ; une restauration de 3 centimètres

de l'urèthre a pu être heureusement conduite ; on avait cru à du rhumatisme articulaire, dans les premiers temps.

Voss (*Derm. Zeit.* févr. 1905, p. 83), a pratiqué l'examen histologique dans un cas de thrombo-phlébite blennorrhagique du dos de la verge, à rapprocher du nôtre, où les lésions étaient à la face inférieure du gland et de l'urèthre balano-pénien. Dans une consciencieuse étude sur la phlébite gonococcique, d'Achaux (*Ann. de Derm.*, 1898, p. 905), a recueilli 17 observations dont 7 douteuses, en raison de l'existence d'autres maladies infectieuses qui ont pu la provoquer.

Elle est plus fréquente chez l'homme, favorisée par la présence de varices, accompagne le rhumatisme blennorrhagique, comme dans notre cas ; elle est due au gonocoque seul ou associé à d'autres microbes et de pronostic bénin d'après d'Acheux ; cela est vrai pour les membres, mais cesse de l'être pour les phlébites des corps caverneux.

Monteux et Lop (*Ann. de Derm.*, 1898, p. 717), ont aussi et antérieurement à d'Acheux, signalé un cas personnel de phlébite chez un homme de 20 ans ; au quinzième jour d'une uréthrite, ce malade est pris d'arthrite du cou-de-pied droit qui dure 7 mois et demi, six jours après de phlébite et la saphène interne droite avec 38°4, un cordon rouge, de l'œdème qui décroît au bout de douze jours ; au bout de 5 semaines, le cordon et l'œdème étaient entièrement disparus, comme chez notre premier malade.

Depuis les recherches précédentes, Carais (Thèse de Paris, 1902) a consacré son travail inaugural à l'étude de cette complictaion de l'infection blennorrhagique.

Quant aux lésions artérielles, nous ne trouvons dans nos notes qu'un seul fait, celui de Moore (*Lancet*, 19 déc. 1903), se rapportant à un cas de thrombose artérielle d'origine gonococcique.

Lymphangites

Sans être très fréquentes, elles n'attirent guère l'attention et si elles siègent sur le dos du pénis, où on peut les voir parfois provoquer des pénitis ou des phlegmons sous-cutanés localisés, elles ont leur point de départ dans des balanites avec sécrétion abondante et ulcérations consécutives.

Nous avons eu l'occasion, trois ou quatre fois, d'inciser des ab-

cès semblables du pénis. Audry a publié (*Ann. de Dermat.*, 6 juin 1905), sous le titre de « gonococcie métastatique de la peau », un cas d'angiodermite suppurée à gonocoques. Dreyer (*Arch.f.Derm.*, 1902, p. 259), a trouvé des gonocoques dans un abcès lymphangitique du dos de la verge ; Baudoin et Gastou (*Ann. de Derm.*, 1900, p. 747) ont retenu un cas de blennorrhagie uréthrale compliquée de lymphangite le long du raphé pénien et de pyodermites gonococciques à forme de nodosités de la grosseur de grains de pois; mais dans tous ces cas, on voit la continuité des lésions et non l'infection générale ; du reste dans le cas de Gastou, le diagnostic a été combattu par Balzer qui a opiné en faveur d'un kyste dermoïde médian infecté ; en 1905 (*Journ. des Mal. cut. et syph.*), nous avons rapporté un cas d'uréthrite avec phimosis, chancres suspects sous-jacents, lymphangite abcédée de la base du pénis et bubons, phénomènes généraux d'infection, urticaire, épistaxis ; une inoculation accidentelle chez le chirurgien qui venait d'inciser les abcès fut suivie de phénomènes généraux graves (chancre mou ulcéré de la main, phlébites du coude, adéno-phlegmon de l'aisselle et angiodermite des deux mains, enfin érysipèle du tronc ; chez le malade comme chez son médecin traitant, les lymphangites suppurées accompagnèrent des phénomènes d'infection générale.

Nobl a fait au IV[e] Congrès International de Dermatologie (Paris 1900) une importante communication sur l'étiologie des lymphangites blennorrhagiques, syphilitiques et vénériennes. Dans le cas cité précédemment de Voss (1905) l'auteur fait une excision du paquet dorsal de la verge et le trouve constitué, non par des lymphangites tronculaires, mais par des thrombus des veines dorsales ; les lymphatiques, pour lui, ne font que préparer la voie à l'infiltration. Aussi explique-t-on facilement ainsi l'endocardite, les métastases articulaires compliquant la blennorrhagie. Le système lymphatique est rarement intéressé ; les ganglions sont rarement pris dans les plus graves blennorrhagies.

Endocardites à gonocoques.

L'ancienne endocardite infectieuse et ulcéreuse se démembre chaque jour avec les recherches bactériologiques, et déjà nombreux sont les cas où des recherches précises ont pu y déceler le gonoco-

que. Dans une discussion en 1903, à la Société de Médecine Interne de Berlin, Heller a produit l'observation d'un homme de 47 ans atteint de blennorrhagie et au 20e jour d'accidents cardiaques légers avec érythème, hémiplégie gauche, paralysie faciale et décès ; les capillaires renferment des staphylocoques seuls ; l'endocardite n'était donc pas gonococcique malgré les apparences cliniques. Frendl (*Wiener klin. Woch.*, 1903), cite le cas d'un lieutenant atteint d'uréthrites, pris à la 3e semaine de dyspnée, d'endocardite avec fièvre (40°), enfin de cyanose,et qui succombe dans le collapsus ; on trouve de la péricardite et une endocardite ulcéreuse avec gonocoques, cultivés avec succès sur l'agar-agar. Silvestrini (*Riv. crit. de chir. med.*, 1903), a, de son côté publié un cas de polyarthrite blennorrhagique avec endocardite, et septicémie et accompagne cette publication d'une bibliographie complète. De même Frendl ajoute à son observation personnelle des observations analogues de Thoyer et Blumer, de Lenhartz, de Shon et Schlagenhaufer, et Wassermann.

Plus récemment, Widal et Faure-Beaulieu (*Soc. méd. des Hôp.*, 30 juin 1905) ont observé un cas d'endocardite blennorrhagique avec constatation par culture du gonocoque dans le sang pendant la vie, puis culture des végétations valvulaires positives après la mort.

Ici l'infection sanguine est matériellement indiscutable, soit que les gonocoques aient été entraînés par le courant sanguin à l'état de liberté, soit qu'ils aient accompagné quelque embolie septique, ce qui est le mécanisme le plus fréquent. Reconnaissons, toutefois, que les cultures exigent un milieu spécial et qu'en somme rares sont les cas où les recherches bactériologiques ont été poursuivies avec succès dans le sang et sur les valvules intéressées.

Séreuses (vaginale, péritonéale, pleurale, péricardique).

Nous avons relevé plus haut un cas de péricardite accompagné d'endocardite ; nous connaissons la pleurésie syphilitique, nous ignorons la pleurésie blennorrhagique qui cependant doit rationnellement être possible ; les recherches actuelles d'identification du pneumocoque, du diplocoque de Neisser et du méningocoque nous expliquent, d'une part, le cas de Bressell (*Munch. med. Woch.*, 31 mars 1903), se rapportant à une pneumonie gonococcique et

aussi certaines méningites qu'on a pu observer dans des faits d'infection générale grave, même mortelle.

Les vaginalites blennorrhagiques ne sont guère des faits de métastase, elles sont toujours un substratum d'orchite blennorrhagique ou d'épididymite, mais rarement l'épanchement est purulent et nous n'en avons observé que deux cas avec suppuration limitée du testicule, car l'orchite blennorrhagique ne suppure pas.

La communication par un canal péritonéal du testicule et du péritoine donne la raison anatomique de certaines péritonites consécutives à des orchites blennorrhagiques ; c'est probablement ainsi qu'il faut interpréter le cas d'Hornus. (*Arch. méd. mil.*, 1894, p. 49), où une orchite double suppurée est suivie de péritonite aiguë et de mort ; nous en dirons autant du fait de Mermet (*Id.*, 1893 p. 452), dans lequel on voit évoluer une pelvi-péritonite consécutivement à une orchi-épididymite blennorrhagique. Parfois, il s'agit aussi d'inflammation de voisinage par contiguïté, n'ayant aucun lien avec une infection générale sanguine ; ainsi dans le cas de Maradeix (*Ann. mal. org. gén.-ur.*, 1897, p. 883), où une déférentite avec vésiculite se complique de péritonite blennorrhagique. Nous ne pourrons invoquer le même mécanisme dans l'observation de Cushing (in : *id.*, p. 1140), relative à une péritonite gonococcique diffuse ou dans celle de Putnam (*Post Graduate*, oct. 1902), exemple de péritonite généralisée aiguë gonococcique. Il y a des péritonites à gonocoques par infection générale, sans relations de continuité ou de contiguité avec l'urèthre, les vésicules, le canal déférent ou le testicule comme avec les organes génitaux internes de la femme ; chez celle-ci les pyosalpingites donnent lieu plutôt à des pelvi-péritonites localisées et lorsqu'on a affaire à des formes généralisées d'emblée, c'est le mécanisme de l'infection générale qui doit être invoqué pour y expliquer la pathogénie.

La question de la vulvite épidémique a été soulevée et bien étudiée au point de vue de l'hygiène scolaire, elle a amené aussi la découverte de complications péritonéales graves et c'est ainsi que nous pouvons relever dans cet ordre de faits celui de Chatard (*Loire med.*, mai 1902), qui en a donné plusieurs exemples chez les petites filles ; nous relaterons aussi l'article suggestif de Galvagno (*Ann. mal. org. gén.-ur.*, 1904, p. 1039), rapportant 3 cas de péritonite diffuse gonococcique avec guérison mais qui estime la mortalité

par cette complication à 20 %, ; pour lui, il existe des formes inconscientes et certains cas d'ascite essentielle ne sont autres que des péritonites d'étiologie méconnue. Récemment, Dubreuilh (Thèse de Paris, 1904), faisait sa thèse sur la péritonite gonococcique chez l'enfant; et la même année, Variot (*Gaz. des Hôp.*, 8 mars 1904), rapportait en détail l'histoire de deux sœurs atteintes de péritonite à gonocoque consécutive à une vulvite sans salpingite ou ovarite intermédiaire.

Nous avons parlé plus haut de la possibilité des péritonites dans les orchites chez des sujets à canal vagino-péritonéal persistant. Petit (Paris, 1905) a consacré sa thèse à l'orchite des péritonites consécutives à des orchites de testicules en ectopie et Broca, qui avait inspiré ce travail, a écrit un article intéressant (*Presse méd.*, 1905, p. 77) sur la fréquence des pseudo-appendicites dans lesquelles on ouvre le ventre et qui sont dues à des orchites insoupçonnées de testicules déplacés soit intra-inguinaux, soit plus haut situés ; mais ces faits n'ont rien à voir avec le mécanisme de l'infection générale.

Abcès divers (musculaires ou sous-cutanés) gonococciques.

Ils sont assez fréquents et, pour notre propre compte, nous avons en 1893 publié un cas d'abcès de la pulpe de l'index dans lequel, nous avons, après ponction, trouvé le gonocoque (*Soc. de méd. de Toulouse*), mais nous ne savions pas alors le cultiver. Thalaman a cité un cas d'ulcère serpigineux gonorrhéique et, plus haut, nous avons rapporté un fait d'inoculation par une plaie chez un enfant avec infections éloignées ; on a vu également les trois observations d'abcès musculaires dues à Courtois-Suffit, Bajervild et Hopkins. Nous avons pu suivre, depuis, le malade opéré par Hassler en 1904, et dont l'histoire est rapportée dans le remarquable article de Busquet et Bichelonne (*Revue de méd.*, 1904); la constatation du gonocoque dans un hématome intra-musculaire du mollet fut pour tous une surprise, mais le gonocoque ne fut pas trouvé dans le sang.

Nous rappellerons le cas déjà signalé d'angiodermites suppurées à gonocoques dû à Audry (6 juin 1905) ; dans une observation d'Ahman (*Arch. f. Derm.*, 1897, p. 323), une uréthrite est suivie

d'abcès sous-cutané dans lequel on trouva le gonocoque ; l'examen du sang est positif ; il s'agit d'un homme de 22 ans, atteint d'écoulement ancien à gonocoque ; bientôt des douleurs apparaissent dans le carpe, l'index, le médius avec fièvre, synovite tendineuse le long du tibia gauche sans ponction permet de retirer du pus et de cultiver du gonocoque. Le sang est examiné à son tour et le gonocoque extrait est cultivé et inoculé avec succès à un jeune homme. Cette observation est donc absolument complète et démonstrative.

Powers (*Med. Rec.*, 3 oct. 1903) a publié un exemple remarquable d'uréthrite, parotidite, arthrites du cou, du poignet, main, coude, bref d'infection diffuse gonococcique de toute l'extrémité supérieure, avec abcès du bras et septicémie blennorrhagique ; le gonocoque fut constaté dans les abcès mais la recherche dans le sang n'a pas été faite. Almkist (*Arch. f. Derm.*, 1899, t. 69, p. 163) a donné de son côté la relation complète du cas d'un jeune homme de 19 ans, atteint de blennorrhagie récente avec tuméfaction de la partie interne du cou-de-pied gauche, puis de la partie externe le long du tendon péronier droit ; incision, examen du pus, constatation de la présence unique de gonocoques.

Plus récemment, Apert et Fraget (1906, 15 mai) (*Soc. de Pédiatrie de Paris*) ont signalé chez un petit garçon de 10 mois un cas de blennorrhagie uréthrale de cause inconnue accompagnée d'une grosse plaque abcédée rétro-occipitale qui guérit sans incision ; d'autres abcès apparurent et du pus fut exclusivement constaté dans ces foyers avec multiples gonocoques ; ces médecins insistent sur la bénignité de ces phlegmons. En 1903, Cassel a observé un nouveau-né atteint d'ophtalmie purulente à gonocoques, avec rhumatisme articulaire consécutif et gros furoncle du dos, long à s'ouvrir, il fait une ponction et retire du pus contenant du gonocoque pur.

La même année, Serafini (*Il Progresso medico*, 1903, p. 75) trouve aussi du gonocoque dans un abcès de la paroi abdominale ; nous ne saurions oublier l'observation de Schwartz (*Rev. Med. de la Suisse Rom.*, janvier 1906), relative à un nouveau cas de phlegmon métastatique gonococcique ; nous ne donnons pas les détails du fait de Kerassotis déjà signalé (1er avril 1904) ; nous nous bornerons à résumer le cas de Milton A. Gershel (*Med. Record*, 7 fév. 1903), relatif à un enfant de 2 ans atteint de fièvre typhoïde puis

d'uréthrite gonococcique à cause inconnue, ultérieurement d'abcès à droite et à gauche de l'anus ; guérison lente, le pus retiré par ponction d'un abcès sous-cutané donne des diplocoques intracellulaires décolorés par le Gram et ressemblant au gonocoque ; les cultures sont positives sur agar, sérum et gélose en 48 heures, moins abondantes sur sérum agar.

Septicémie et pyohémie blennorrhagique.

La gonococcie, comme l'avait avancé Souplet dans sa thèse de 1893, est une affection générale ; elle se porte sur tous les organes, elle infecte le rein, le poumon, le foie peut-être la moelle, l'œil, le tissu cellulaire, les séreuses ; elle provoque un état septicémique souvent fort grave ; le cas déjà cité de Powers (3 oct. 1903) avec ses manifestations multiples en est un exemple frappant, les faits de Studman Bull (30 déc. 1902), basés sur 5 cas d'hérédo-choroïdite métastatique en sont encore une preuve, de même des faits d'iritis sans inoculation (Malherbe, Kachazewski).

Nous en voyons encore une démonstration dans l'observation de Kerassotis (*Ann. mal. org gén.-ur.* 1904, I, p. 31) : un dentiste de 25 ans, atteint d'uréthrite, présente une tuméfaction consécutive à l'insertion inférieure du steno-mastoïdien ; atteint par trois fois, d'uréthrite, il offre par trois fois la même manifestation ; à la troisième, on incise, il vient du pus qui, examiné, présente des gonocoques intra-cellulaires malgré l'asepsie habituelle du sujet. Un nouvel examen répété est concluant : on trouve des diplocoques en grain de café dans des leucocytes polynucléaires ; ces diplocoques se décolorent complètement par le Gram ; en plus, on note quelques microcoques indéterminés. On emploie la méthode de Janet et on obtient la guérison définitive de l'abcès et de l'uréthrite.

Ces faits sont rares et l'on peut citer ceux de Waren (abcès du grand dorsal) de Lang (abcès du dos de la main, de Budjwid (abcès pyohémiques gonococciques). Ce dernier auteur (*Centralbl. f. Bakt.*, t. 18, 1895) trouve chez un malade quatre abcès dans les muscles, indépendants du tissu conjonctif, un au voisinage de l'articulation de l'épaule gauche, un au creux poplité droit, un à la partie interne de la cuisse du même côté et un sur la malléole externe.

Ce fait, comme celui de Kerassotis, confirme bien l'idée d'une gonococcie, maladie générale. Chez un de nos malades avec la fièvre, l'état général, l'affaissement, nous avons noté l'urticaire septicémique et les épistaxis d'infection.

Dans le cas de Silvestrini, nous relevons (*Riv. cr. de clin. med.* 1903), les particularités suivantes : un jeune homme tuberculeux héréditaire, atteint de pleurésie gauche et ayant eu plusieurs blennorrhagies antérieures traite violemment la dernière par les abortifs ; phénomènes généraux, fièvre, frissons, sueurs, ictère au 7e jour ; état typhique grave, éruption érythémateuse autour des articulations malades (polyarthrites), souffle systolique léger, péricardite ; certaines articulations guérirent parfaitement ; pour d'autres, il reste une déformation permanente. D'un genou, l'auteur extrait par ponction un liquide purulent avec de nombreux globules de pus et de l'autre des globules rares ; dans ces liquides et dans le sang existait le gonocoque seul. Il s'agit donc, dit avec raison Silvestrini, d'une septicémie gonococcique primitive avec endocardite, lésions cutanées puis polyarthrite.

D'ailleurs, septicémie et pyohémie sont ici synonymes, bien qu'on ne relève ni abcès hépatiques, pulmonaires ou rénaux, ni grands frissons et c'est dans ce sens qu'il faut entendre le travail de Kimbal (*New-York Med. J.*, 1903), où il étudie 8 cas d'enfants infectés sous la forme de gonococcémie pyohémique avec constatation du gonocoque dans le sang et le pus, sans ophtalmie purulente, rhinite ou vulvite, l'infection s'étant produite dans ces 8 cas par la bouche. Cela n'a rien de surprenant, si on se rappelle l'article de Julien (*Ann. des Mal. des org. gén.-ur.*, 1905, t. II), sur les infections aberrantes, à savoir blennorrhagie ano-rectale, oculaire, nasale, buccale. Julien donne comme exemples de ce dernier mode de contamination les cas d'Horand, 1885 ; Culter, 1889 ; Petit, 1899, Honorat, 1899 ; Colombini, 1901 ; Jugens 1901. Ajoutons en outre, les faits de Menard 1889 et Ahlfeld.

La contamination est donc ici extra-uréthrale, extra-vaginale, extra-génitale et cependant les phénomènes généraux apparaissent démontrant bien la nécessité, pour les expliquer, d'accepter les données cliniques et bactériologiques confirmatives de la présence du gonocoque dans les diverses arthrites et le sang lui-même chez tous ces sujets infectés.

La blennorrhagie est donc bien, comme le voulait Pidoux, dès

1866, une véritable septicémie, pouvant laisser des reliquats graves sur des organes essentiels tels que les reins ou le cœur ou des impotences fonctionnelles définitives (ankyloses).

Gonococcies mortelles.

Le pronostic des formes graves de la gonococcie va plus loin souvent que de simples lésions valvulaires ; la maladie aboutit encore à la mort, et sans remonter bien loin dans nos recherches, nous relèverons cette terminaison dans le cas d'Horand, 1894 (péritonite), dans celui de Ménétrier, 1904 (polynévrite), de Powers (septicémie) de Heeber 1903 (endocardite), de Frendl (id.), endocardite), de Courtois-Suffit et Beaufumé (1905), (abcès musculaires), de Rendu et Hallé, 1897 (endocardite), Hirtz et Barié, 1905 (endocardite), Achard (arthropathies et purpura), Widal et Faure-Beaulieu 1905 (endocardite). On le voit, presque toujours les malades succombent à des lésions valvulaires terminales, ulcéreuses, provoquées par l'infection générale, attestées par la constatation de la présence du gonocoque dans le sang (cas nouveaux de Frendl, de Rendu, de Widal, de Hirtz et Barié).

Si d'une façon générale, la blennorrhagie est bénigne dans son évolution naturelle, et reste purement locale, si elle n'intéresse qu'à longue échéance le chirurgien en raison d'accidents tardifs de rétrécissement et parfois d'accidents aigus (cystites intenses, pyélonéphrites, prostatites, pyosalpingites), elle n'en doit pas moins éveiller toute l'attention du médecin en raison d'accidents articulaires, où plus rarement que jadis on décèle le gonocoque, vu les exigences plus grandes de la bactériologie, de suppurations musculaires ou du tissu cellulaire uniques ou généralisées, de polynévrites ou de myélites, enfin de lésions iriennes secondaires et surtout d'endocardites des plus graves, que l'examen préventif du sang, souvent positif, permet de prévoir. Les prévisions de Souplet (1893) se sont justifiées et la parenté du gonocoque et du pneumocoque, très discutée actuellement, permettait de prévoir que, tout comme la pneumonie, la gonohémie serait élevée au rang de madie générale, notre travail ne fait que confirmer celui de Busquet et Bichelonne en 1904.

REVUE ANALYTIQUE

MYCOSIS FONGOIDE

JACKSON : **L'histoire d'un cas de mycosis fongoïde.** (*Journ. of cut. Dis.* mai 1906, p. 193.) — F., 33 ans. Son père a eu un épithélioma de la face, beaucoup de ses parents sont rhumatisants. En 1901, bonne santé générale, sauf une irritabilité vésicale. En août 1900, apparition d'une plaque rouge sur la cuisse droite ; elle reste stationnaire. En mai 1901, apparition de nouvelles plaques et du prurit. Les plaques sont brun rouges, irrégulièrement arrondies, de dimensions et de formes variables, légèrement épaissies et écailleuses, permanentes, très prurigineuses. Amélioration par le thialion à l'intérieur, les lotions phéniquées et l'huile de cade à l'extérieur. En octobre 1902, récidive des plaques à l'aisselle, au bras droit ; amélioration par l'arsenic, les lotions phéniquées et l'hydrate de chloral camphré. En janvier 1903, rayons X. En juin 1904, la peau est guérie, souple, mais noire comme celle d'un mulâtre ; toute la peau s'est renouvelée, même les ongles. Le prurit a cédé. Puis survint de la fièvre, la perte des cheveux et des ongles, l'état empira. Une diarrhée incoercible s'établit et la mort arriva en août 1905, la peau étant redevenue normale, sauf la pigmentation. L'éruption, qui dura 5 ans, fut surtout maculeuse et squameuse, sans presque formation de tumeurs. J. M.

F. RADAELI : **Mycosis fongoïde ou pseudo-leucémie de la peau.** (*Arch. f. Derm. u. Syph.*, t. 80, p. 323.) — Une observation, avec autopsie, de mycosis fongoïde à tumeur d'emblée. La structure des tumeurs était aussi celle des tumeurs mycosiques. Comme complication, survint une pseudo-leucémie. L'examen des organes lymphatiques montra qu'il y avait néoplasie et non hyperplasie. La structure des ganglions lymphatiques, de la face, des amygdales, des os, était la même que celle des tumeurs cutanées. R. ne se prononce pas sur l'interprétation de ces faits ; il pense que les cas étudiés comme mycosis fongoïde présentent souvent entre eux de grandes différences, et que, d'autre part, ils forment avec les altérations leucémiques un groupe, bien qu'on ne trouve aucune trace de leucémie. C. A.

WHITE BURNS : **Evolution d'un cas de mycosis fongoïde sous l'influence des rayons Roentgen.** (*Journ. of cut. Dis.* mai 1906, p. 195.) — Fermier, 52 ans, de bonne santé antérieure. Début en 1902, mycosis en tumeurs. Traitement par rayons X. Modification très rapide de la maladie cutanée (2 mois), mais affaiblissement progressif du malade qui meurt au bout du 3e mois, la peau guérie des tumeurs,

ne présentant plus qu'une pigmentation de la peau. A l'autopsie, pleurésie droite fibrino-purulente, hyperplasie de la rate, hypertrophie et dilatation du cœur, septicémie streptococcique. Cultures abondantes de streptocoque pyogène provenant du cœur, du foie, de la rate. On ne connaissait pas encore de cas de toxémie fatale à la suite du traitement du mycosis fongoïde par les rayons X. La mort paraît cependant devoir être attribuée ici à la guérison trop rapide de la maladie. Ce travail est accompagné de remarquables planches photographiques. Examen histologique détaillé de la tumeur originelle des ulcères guéris et de la peau intermédiaire. J. M.

ALTÉRATIONS DES POILS ET CHEVEUX

GUSZMANN : **Anatomie et clinique de la monilethrix (aplasie pilaire intermittente).** (*Derm. Zeit.*, 1906, p. 33.) — F., 16 ans, sans antécédents. L'état de la chevelure remonterait à la naissance. Les cheveux sont très rares, courts (1 à 3 cm. au plus), secs, sans éclat ; leur couleur est multiple ; on le voit surtout à la nuque et au vertex ; aux tempes, à la bordure frontale, les cheveux sont à peu près normaux ; au vertex et à l'occiput, lésions manifestes de kératose pilaire. Les cheveux consistent en cylindres fusiformes, tantôt très minces, tantôt normalement épais. Lésions analogues mais moins développées aux creux axillaires. Rien d'anormal ailleurs. L'emploi des pommades salicylées rendit à la peau son aspect uni. La Rœntgénisation ne fit pas repousser des cheveux normaux ; l'altération pilaire persista ; on sait, du reste, l'incurabilité de l'aplasie moniliforme. L'examen histologique très complet des cheveux et d'un morceau de peau montra que l'affection dite monilethrix est caractérisée : 1° par de la kératose pilaire; 2° par l'aplasie qui survient, au début de la formation dans le bulbe du filament pilaire, tantôt partielle et intermittente (moniliforme) tantôt totale (cheveux minces) ; 3° par un début de fusionnement des groupes de follicules pilaires (2-5) audessous des glandes sébacées. Il s'agit d'une modification du type des cheveux, ce qui permet d'expliquer l'hérédité qu'on a assez souvent observée dans cette affection. Bonne Bibliographie. J. M.

HEIDINGFELD : **Trichorrexis nodosa.** (*Journ. of. cut. Dis.*, juin 1905, p. 246.) — H. publie l'observation d'un médecin de 25 ans, atteint de trichonexie de la moustache. Cette affection se rencontre à l'état normal et pathologique. On la trouve constamment sur les poils ou cheveux non coupés à l'état normal ; il est probable qu'elle constitue un mode naturel d'arrêt physiologique de la croissance du poil qui ne se terminerait pas autrement et deviendrait de ce fait gênante. Quand elle est exagérée chez un individu prédisposé, elle devient un processus pathologique et arrête anormalement la croissance du poil ; les nodules sont plus développés, souvent multiples,

séparés entre eux par des intervalles uniformes de tige normale. On a attribué cette affection à des troubles trophiques, parasitaires et mécaniques. La cause mécanique est peu probable cliniquement et on ne peut artificiellement en faire la preuve. Sa rencontre sur des vieilles brosses ne peut pas s'expliquer non plus par des causes purement mécaniques. On ne peut démontrer l'origine parasitaire par la clinique et la bactériologie. L'étiologie s'explique surtout par les recherches physiques, cliniques et bactériologiques. Son analogie avec les modifications associées analogues est liée à des influences trophiques provenant du métabolisme et finissant par pénétrer le poil. J. M.

Wælsch et Freund : **Piedra nostras.**(*Arch. f. Derm. u. Syph.*,t.77 p. 388.) — Examen de poils pris sur la moustache d'un homme de Trieste. Le poil est entouré, par place, d'un véritable anneau mycélien. Les cultures ont mis en évidence le pléiomorphisme habituel aux trichosporons, et le cas est sensiblement comparable aux autres observations antérieures. C. A.

Winkelried Williams : **Note sur certains aspects de cheveux soumis aux rayons** X. (*Brit. Journ. of Derm.* février 1906, p. 63.) — 1° Cheveu tombé à la suite de plusieurs courtes expositions. Extrémité très effilée. Peu de pigment dans la partie rétrécie, où l'on ne voit pas de moelle. L'extrémité ne présente pas de cupule, elle est même souvent tout à fait pointue ; il est difficile de dire si ce sont des poils à papille ; 2° habituellement, le cheveu, tombé à la suite d'une séance longue, mais unique, est moins aminci ; de profil, le poil paraît en forme de coin ; 3° lorsque la dépilation n'est pas complète, le cheveu vient à une faible traction ; la portion amincie paraît pâle sur la surface, le cheveu continuant à pousser reprend de la force et acquiert à nouveau son épaisseur et sa couleur primitives. La racine est bien celle d'un poil à papille. On voit ainsi l'action des rayons X sur les fonctions végétatives de la racine et de la papille du poil. Il y a diminution du pouvoir kératinisant ; cette fonction peut complètement disparaître suivant la longueur et la fréquence des expositions. Le type 3 rappelle beaucoup les cheveux moniliformes, que l'on trouve parfois dans la pelade. J. M.

TROUBLES DE PIGMENTATION

Gassmann : **Sur une éruption chronique pigmentée, hyperémique, papuleuse (urticaire pigmentée ?)** (*Derm. Zeit.*, 1905, p. 283.) — H., 56 ans, a eu une blennorrhagie, un chancre avec bubons et la syphilis ; rhumatisant, buveur. Depuis deux ans, douleurs, gonflements, suppuration du gros orteil droit qui a été incisé et a guéri. Depuis l'été dernier, suppuration du petit orteil gauche. L'éruption actuelle a commencé, il y a une douzaine d'années, par de petites taches

rouges sur les genoux qui ont augmenté progressivement et fini par confluer, en envahissant les jambes, le ventre, la poitrine et les bras. Les taches isolées n'ont pas disparu; les dernières ont paru au cou. Rien de semblable dans la famille. Pas de prurit. Le lavage, la sueur semblent faire proéminer et rougir les plaques davantage. Actuellement, les réflexes patellaires manquent des deux côtés, mais rien aux organes internes et au système nerveux. Résection de l'orteil malade. L'éruption a respecté le cuir chevelu, la face, le pénis et le scrotum. Les bras sont peu atteints, surtout du côté flexion. Les pieds et les jambes le sont le plus. Aux points fortement envahis, les papules se confondent en plaques légèrement surélevées, plates, irrégulières, limitant de nombreuses zones de peau saine de dimensions variées. Les efflorescences sont plus petites à la moitié supérieure du corps, moins élevées, rouge foncé, grossissant vers les parties inférieures ; sont brun violet au bas du ventre et brun rouge aux genoux. Telangiectasies à la face et au cou. Sur la partie antérieure de celui-ci quelques papules rouge clair et laissant à la pression une légère plaque brunâtre. Au dos, aux bras, les papules, d'un rouge plus ou moins nuancé de brun, sont généralement de la grosseur d'un grain de chénevis, superficielles, un peu surélevées, très souvent folliculaires, entourées d'un anneau rouge clair, dure au contact. A la rougeur diffuse succède une tache brun clair. Sur le tronc, au-dessous du nombril, les efflorescences sont de la grosseur d'une lentille, et à la face interne des cuisses, de celle d'un haricot. La rougeur disparaît à la pression pour faire place à une tache brune. La surface des papules est légèrement plissée, donnant un aspect valvétique aux points où elles confluent ; aux genoux, l'aspect est plus lichénoide, aux avant-bras et au dos des mains, la maladie est en évolution. Les taches rouge clair paraissent être le 1er stade de l'efflorescence. Toute la peau est en état d'irritabilité vaso-motrice, surtout au niveau des efflorescences. Mastzellen très nombreuses. Infiltration de la région papillaire et sous-papillaire. Le calibre de la plupart des vaisseaux est dilaté ; la plupart sont exsangues, les noyaux endothéliaux sont gonflés, abondants. Pas de néoformation vasculaire ni d'espaces cavernulaires. Il ne s'agit pas d'angiomes multiples, disséminés. L'A. n'a pas trouvé de cas identique au sien qui se distigue par : l'irritabilité urticarienne locale et générale, l'hyperhémie, la pigmentation des efflorescences, leur mode de répression, l'abondance des Mastzellen. Le diagnostic s'impose, avec la syphilis, l'urticaire chronique, etc. L'hyperhémie veineuse paraît due ici à l'alcoolisme. L'action de la pression (cou-de-pied), des lavages répétés (dos des mains, avant-bras), sur l'évolution des papules pourrait donner une indication thérapeutique. J. M.

PINKUS : **Vitiligo succédant à une éruption lichénoide.** (*D. Z.*, 1903, p. 169.) — F., 22 ans, atteinte depuis neuf mois de lichen simplex chronique de la nuque (névrodermite circonscrite de Brocq). Trai-



tement par l'alcool salicylé et le goudron, amélioration, sans que jamais la peau soit revenue à son état normal. Disparition du pigment. Les plaques lichénifiées en guérissant devenaient plus petites, semblant se raccourcir par leurs bords. D'abord la zone périphérique se dépigmente seule, puis progressivement tout le foyer lichénifié est remplacé par une plaque de vitiligo. Enfin la lésion était unilatérale, comme le démontraient les cheveux beaucoup plus courts à gauche, par suite du prurit incessant et du grattage qui les empêchait de pousser. Les altérations du pigment dans le lichen chronique ne sont pas absolument rares. Mais généralement la tache claire dépasse largement la partie visible de l'efflorescence, tandis qu'ici la zone dépigmentée s'arrête juste aux parties précédemment atteintes de lichen. Elle n'existe que sur les points ayant été précédemment le siège d'une inflammation. L'A. admet, en raison de cette limitation bien nette, une origine nerveuse à la lésion, et range son cas parmi les névrodermites systématiques (3e et 4e paires cervicales) de Brissaud. Pour lui, le lichen chronique, comme le vitiligo, est d'origine nerveuse, mais la maladie n'est pas le résultat immédiat d'un trouble nerveux (névrite ou lésion analogue). Elle indique simplement la réaction spéciale d'un territoire cutané sensible à des irritations extérieures d'origine mécanique (frottements ou grattage consécutif à des piqûres d'insectes, de puces notamment). Pas d'examen histologique. J. M.

SOLGER: **La coloration de la peau comme mode de protection et l'albinisme partiel.** (*Derm. Zeits.* 1906, p. 282.) — Chez l'homme, surtout chez l'Européen, les parties foncées du tégument trouvent dans cette pigmentation un obstacle à la tendance à la maladie, qu'entraîneraient leurs sécrétions ou leur situation défavorable (mamelon, ombilic, organes génitaux, creux axillaires, etc.). S. confirme cette manière de voir exposée l'an dernier dans le même journal par l'étude des mammifères. Les taches pigmentées sont circulaires ou formées de cercles plus ou moins grands, en partie conjugués ; leur contour est convexe, jamais concave. On n'a jamais vu d'animal blanc avec un triangle noir, pas plus qu'un taureau noir avec une tache frontale blanche ronde. Les causes de la coloration du tégument sont dues à la rapidité, à l'énergie du développement, elles sont « dans la lutte des parties » les plus vivaces, les plus puissantes. C'est ce qui détermine les limites de coloration et leur développement circulaire. Chez le cheval gris, qui devient blanc en vieillissant par atrophie pigmentaire, il est à remarquer que les parties voisines de l'œil, du museau, les membres, les parties sexuelles, en un mot, toutes les parties du corps qui ont besoin de protection, restent noires, foncées. Les chevaux gris pommelé subissent une atrophie pigmentaire analogue au vitiligo de l'homme. L'albinisme congénital dans les autres cas est dû dans les processus vitiligineux à une disparition du pigment pendant la vie. Chez l'homme, la dé-

pigmentation du vitiligo est circulaire ou formée de cercles conjugués, comme le psoriasis ou l'herpès tonsurans, il a une marche centrifuge. Le type est inverse de celui des animaux tachetés, les surfaces dépigmentées ont des bords concaves. Les hommes tachetés sont assez fréquents chez les nègres (pies), comme chez les animaux pommelés, les taches blanches ont des bords concaves. Chez les races pâles, on trouve des plaques pigmentées, peu d'hommes en sont exempts ; ce sont de véritables bigarrures brunes ou noirâtres, à forme circulaire, à contours épaissis, souvent couverts de poils (nœud). Elles n'échappent pas à la loi précitée. Le pigment se rencontre partout où les autres modes de protection font défaut. Ceci ne s'applique qu'à l'albinisme partiel, et non aux zèbres, daims, jeunes sangliers, etc.), dont la couleur de robe est due à des sélections vieilles de plusieurs milliers d'années. J. M.

PRURIT

BOTTSTEIN : **Trois cas de prurit consécutif à l'usage du tabac.** (*Mon. f. prakt. Derm.*, 1904, Bd. 39, nº 10, p. 577.) — 1er *Cas* : Employé des postes, non alcoolique, atteint constamment le soir de prurit de la région palpébrale, sans lésions objectives. Il fumait toujours le soir après son travail d'une à trois petites pipes en bois de tabac fin. Le prurit disparut, une fois l'usage du tabac éloigné. Ayant recommencé à fumer comme par le passé le prurit redevint violent puis cessa de nouveau avec l'usage de la pipe. 2e *Cas* : H., fumeur passionné de pipes courtes et cigarettes. Prurit généralisé provoquant de l'insomnie chez un sujet nerveux. Le malade se rappelait avoir déjà ressenti du prurit après avoir beaucoup fumé. Pas d'autres lésions objectives que du grattage. Amélioration par la cessation de l'usage du tabac. Chaque reprise de l'habitude de fumer était suivie de nouveau prurit. L'usage des cigares provoquait un prurit moins violent que celui des cigarettes et surtout celui des pipes courtes. 3e *Cas* : H., fumeur de pipes. Prurit violent des urines, de la région anale et du scrotum. Le cigare ne lui a jamais rien fait. Le prurit survient 12 à 24 heures après avoir fumé, disparaît dès qu'il cesse de fumer la pipe. Ni hémorrhoïdes, ni maladies de la prostate et de l'intestin pouvant expliquer le prurit. J. M.

PASSA : **Prurits sans lésions cutanées.** (*Thèse Bordeaux*, 1904.) — Les prurits *sine materia* reconnaissent une origine hépatique ou névrotique. Les premiers sont dus à une intoxication ou auto-intoxication de l'organisme ; les autres à une lésion ou un trouble fonctionnel du système nerveux. Leur cause essentielle réside dans une prédisposition morbide de l'organisme, ils dépendent d'états constitutionnels qui suffisent parfois pour les produire mais le plus souvent mettent en jeu les causes occasionnelles. Le rôle spécial de l'arthritisme et du nervosisme ne peut être exactement déterminé. J. M.



LEBAR : **Hyperesthésie et prurit, considérations cliniques et pathogéniques.** (*Gazette des Hôpitaux*, 7 janvier 1905.) — Revue générale de la question d'après les travaux de Jacquet. L'auteur étudie d'abord la sensibilité cutanée normale, et l'endermie, c'est-à-dire la sensation de la vie cutanée. Il étudie ensuite la sensibilité pathologique profonde et superficielle. Les troubles de cette dernière peuvent consister en hyperesthésies, anesthésies, paresthésies. L. n'étudie que les hyperesthésies puis le prurit qui n'en est qu'une forme. Il expose les caractères généraux de la sensation pruritique, le foyer et l'hyperesthésie pruritique, la dissémination et la généralisation pruritique, la pathogénie et la spécificité du prurit. M. D.

MALCOM MORRIS: **Sur le traitement du prurit anal.** (*The Brit. med. J.* 15 oct. 1904.) — Le prurit anal est souvent très rebelle au traitement, mais peu de cas sont incurables. Il faut d'abord en chercher la cause, pour neutraliser son action : troubles constitutionnels, troubles réflexes, états locaux, névroses. Il faut tenir compte aussi de l'idiosyncrasie du patient. Dans tous les cas il faut pratiquer un examen soigneux, général et local avant d'appliquer un traitement. Il faut combattre tout désordre du foie, de l'estomac, de l'intestin, de l'appareil génito-urinaire ; la goutte et le rhumatisme doivent être traités par des moyens appropriés. On commencera par un purgatif et on donnera un régime léger, sans épices, ni alcool, ni café. De petites doses de calomel assureront l'antisepsie intestinale. On peut se servir aussi de l'alcool, de l'ichtyol, de la cascara. On évitera l'aloès. Ne jamais donner des narcotiques et des sédatifs, surtout de l'opium, sans indication très nette. Le bromure et le chloral peuvent être permis en cas d'insomnie. Le premier principe du traitement local est de supprimer toute irritation locale (hémorrhoïdes, parasites, écoulement, etc.), ou lésion cutanée. Il faut veiller à la propreté minutieuse et quotidienne de la région anale. On peut ajouter à l'eau du borax ou du carbonate de soude. On a recommandé beaucoup d'applications locales, mais aucune n'est infaillible. Parmi les sédatifs, on peut se servir de la cocaïne et du menthol associés. L'acide phénique, à raison de un demi à un p. cent, donne souvent d'excellents résultats. Les pommades au calomel à l'orthoforme sont souvent très utiles. Les caustiques ne doivent être employés qu'avec ménagement. L. J.

PASSA : **Contribution à l'étude des prurits apparaissant sans lésions cutanées.** (*Thèse Bordeaux*, 29 janvier 1904.) — La plupart des prurits *sine materia* ont une origine soit hématique, soit névrotique. Les premiers sont produits par une intoxication ou une auto-intoxication de l'organisme ; les autres répondent soit à une lésion, soit à un simple trouble fonctionnel du système nerveux. Leur cause essentielle réside dans une prédisposition morbide de l'organisme ; ils sont sous la dépendance d'états constitutionnels qui, s'ils suffisent



parfois pour les produire par leur seule influence, doivent le plus souvent être mis en jeu par les causes occasionnelles précitées. L'influence de l'arthritisme et du nervosisme s'observe tour à tour sans qu'il soit possible de dire la part exacte qui revient à l'une et l'autre diathèses. J. M.

Th. VEIEL : **Un cas de prurit cutané dans une maladie des reins et des surrénales.** (*Arch. f. Derm. u. Syph.*, t. 80, p. 59.) — Un cas de maladie d'Addison accompagné de prurit violent ; à l'autopsie néphrite ; altération kystique des surrénales. Pneumonie. C. A.

TRICOPHYTIE

DUBOIS-HAVENITH : **Un cas de tricophytie de la paume de la main.** (*Presse médicale Belge*, 27 août 1905.) — Cette tricophytie a débuté au centre de la main par une simple petite plaque sans caractères bien déterminés : elle s'est étendue lentement par les bords, tandis que le centre redevenait normal. Il ne s'agit ni d'une syphilide, ni d'un eczéma, ni d'un psoriasis et l'on peut porter avec certitude le diagnostic de tricophytie, mais la preuve microscopique n'a pas été faite. M. D.

MACLEOD : **Traitement de la teigne tondante par les rayons X.** (*Brit. med. J.*, 13 février 1905.) — Ce traitement semble définitivement reconnu comme un des meilleurs pour combattre une affection rebelle. Avec le mode de dosage introduit par Sabouraud, le danger de toute action nuisible est réduit au minimum et il n'existe pas d'exemple de dermatite assez intense pour avoir entraîné une alopécie cicatricielle. La méthode est appliquée pour amener la chute rapide de cheveux dans les aires affectées, afin d'employer ensuite un parasiticide capable de détruire le champignon qui n'est pas atteint par les rayons X. Au bout de trois semaines les cheveux tombent après une dose suffisante, sans déterminer d'autre inconvénient qu'un érythème superficiel d'une nature transitoire. Les cheveux repoussent ensuite lentement, ce qui donne un temps suffisant pour détruire effectivement le parasite et au bout de six mois la repousse est complètement effectuée. Cette méthode a certainement plusieurs avantages, dont la rapidité et l'absence de douleurs ne sont pas les moindres. Il faut veiller à ce que le traitement soit complet et à ne laisser aucune tache. Les points séparés peuvent être traités par l'huile de croton. L. J.

R. SABOURAUD : **La radiothérapeutique de la teigne tondante au Laboratoire municipal de l'hôpital Saint-Louis à Paris.** (*Brit. Journ. of. Derm.* juin 1906, p. 199.) — Discours prononcé à la réunion annuelle de la Soc. Derm. de Grande-Bretagne et d'Irlande, le 23 mai 1906, dans lequel S. résume l'historique de la question, l'appareil et

la technique employés, les résultats obtenus, toutes choses déjà publiées dans nos journaux français. J. M.

SEQUEIRA : **Trichophytie étendue avec ulcération ombilicale.** (*Brit. Journ. oj Derm.* août 1906, p. 271.) — La trichophytie du tronc et des membres est extrêmement rare en Angleterre. Ecolier, 14 ans. Depuis 8 ans, trichophytie du corps non traitée.Ulcération ombilicale après 2 ans, large au début comme une pièce de 2 fr. ayant progressivement atteint 3 pouces de diamètre de largeur et 1 p.et 1 /2 en hauteur, 1 /2 pouce en profondeur. Bords épaissis, indurés. Base irrégulière, couverte d'une escarre suintant, jaune-brunâtre. Pus jaunâtre. Toute la peau du tronc est squameuse, squames petites, adhérentes, brunâtres avec traces de papules dans les anneaux trichophytiques. Les membres sont partiellement atteints. Les ongles des doigts sont rudes, épais, opaques, bruns. Rien à ceux des orteils, fort peu de chose à la face. Rien au cuir chevelu. Prurit violent. Au microscope mycélium abondant et quelques spores endothrix vulgaire. La sœur du malade, 21 ans. Début par l'avant-bras gauche à 7 ans. Les avant-bras, les mains, le cou sont pris. Ongles des doigts pris comme ceux du père. Rien au cuir chevelu, ni au tronc ; pas d'ulcération. L'enfant a guéri, momentanément. Rechute au bout de quelques mois. J. M.

ULCÈRES

POLLITZER : **Un cas d'ulcération chronique des régions inguino-pubiennes.** (*Journ. of cut. Dis.* juin 1906, p. 252.) — Employé de chemin de fer, 35 ans, marié depuis un ans. Pas d'antécédents. En octobre 1904, petite vésicule sur le gland ; elle se transforme en ulcère. En quelques jours, apparition d'autres boutons pustuleux, vésiculeux, vésicule sur le pubis, écoulement de sanie. Névralgie sus-orbitaire, le malade se frotte souvent le front avec la main, apparition d'une vésicule au front ; elle se change rapidement en ulcère qui grandit et met des mois à guérir avec cicatrice consécutive. L'ulcère du pubis reste rebelle au traitement et atteignit la grandeur d'une pièce de 5 francs en argent. Il s'en forma une douzaine dans les aines de 3 à 4 mm. Quelques-uns épidermisés. En général, le bord est régulier, infiltré, rouge foncé, à bords abrupts, base irrégulière généralement aplatie, recouverte comme les parois d'une matière grisâtre, sécrétion séro-purulente, peu abondante, odeur putride, ni tuméfaction,ni douleurs des ganglions fémoro-inguinaux. L'état général reste bon. Bacille ressemblant sur beaucoup de points à celui de la morve. (B. malléoïdes). Excision, cautérisation. Un testicule malade aurait été atteint de syphilis. Peut-être les ulcères ne seraient-ils que des gommes, bien que son évolution plaide contre cette manière de voir. L'intégrité des vaisseaux et ganglions lymphatiques élimine l'idée d'une ulcération chancreuse. Diagnostic incertain. J. M.

F. Somerville: **Ulcères scrofuleux des jambes (maladie de Bazin).** (*The Brit. med. J.*, 4 fév. 1905.) — L'auteur range le cas qu'il présente dans la catégorie de la maladie de Bazin bien qu'il n'y ait pas eu de lésions symétriques, en se basant seulement sur les caractères physiques de l'ulcère, leur récidive, l'âge et les tendances constitutionnelles de la malade. Les ulcérations siégeaient sur la jambe gauche, ils étaient pourvus de bords irréguliers, décollés, ressemblant à des ulcères syphilitiques. La peau du voisinage était violacée, et non sensible ni irritable. Le traitement a consisté dans l'application de courants de haute fréquence, en tout quarante et une séances ont été appliquées. Les ulcères commencèrent à guérir peu après que le traitement fût commencé et la guérison fut complète dans la suite.

J. M.

VERRUES — CONDYLOMES — PAPILLOMES

Aronstam : **Papillome géant des organes génitaux.** (*Derm. Zeits.* août 1906, p. 546.) — On les rencontre le plus souvent sur la muqueuse du prépuce et le gland, souvent aussi sur le revêtement cutané externe de celui-ci. La région ano-coccygienne, le périnée, la partie supéro-interne de la cuisse, chez la femme, les lèvres, l'entrée du vagin peuvent en être parfois le siège. Ils atteignent assez souvent la grosseur d'un œuf de poule. Leur siège favori est l'anus ; il peut en être obstrué. Ils donnent lieu à des symptômes subjectifs, tels que brûlures, piqûres, douleurs, prurit, parfois fort douloureux. L'étiologie en est obscure. Les maladies vénériennes ne semblent pas jouer un rôle important dans leur production. L'étroitesse du prépuce, les inflammations accumulant le smegma, la malpropreté du prépuce, l'herpès génital sont des causes déterminantes. Les simples éraillures, les plaies non syphilitiques peuvent assez souvent les occasionner ; il en est de même des hémorrhoïdes, fistules, rhagades, polypes, néoplasmes du rectum. Les névroses et les psychopathies s'accompagnent souvent, ainsi que les troubles vaso-moteurs, d'excroissances papillomateuses. La grossesse y prédispose de même que les affections utéro-vaginales. Les papilles du derme paraissent hypertrophiées, les espaces intercalaires de la couche muqueuse sont remplis de grosses granulations de pigment de forme anormale, en même temps que se forme une hyperplasie des différentes couches de l'épiderme. La couleur de ces papillomes varie du gris-jaunâtre au brun sale ; parfois ils tournent au verdâtre. Le meilleur traitement est l'excision. Comme traitement médical on recommandera : une propreté rigoureuse, les lotions boriquées suivies de poudrage à l'aristol, au sous-nitrate de bismuth et au silicate de magnésie. On peut aussi prescrire des badigeonnages à l'adrénaline et au tannin ; ou à l'adrénaline, à la résorcine et l'acide salicylique en traumatisme ; le nitrate d'argent à 10 %. Le sulfate de magnésie à l'intérieur, l'eau de chaux ont donné des résultats. On surveillera attentivement les productions verruqueuses des vieillards, en raison



de leur dégénérescence toujours possible. Ici l'ablation est de rigueur. J. M.

HALL : **Traitement interne des verrues simples.** (*Brit. Journ. of Derm.* 1906, p. 106.) — Fillette 14 ans. Verrues du dos des poignets des mains et des doigts. Une seule main et un poignet en auraient eu 367. Les deux mains en étaient couvertes. Constipation tenace et ancienne. Amélioration très marquée par l'unique emploi des purgatifs répétés, en 5 mois. J. M.

HELLER : **Contribution à la pathologie des condylomes acuminés.** (*Derm. Zeit.*, 1905, p. 670.) — Marchand, 30 ans, ni blennorrhagie, ni syphilis. Irritation vésicale, strangurie, il y a un an. Tout le gland est couvert de condylomes acuminés. Sur le pénis, tumeur acanthosique, jaune. Sa femme, âgée de 23 ans, enceinte de 5 mois n'ayant jamais souffert de la vessie ni d'écoulements présente de nombreux condylomes sur les parties génitales. Les papillomes siégent surtout sur la commissure postérieure et la petite lèvre droite. Leucorrhée moyenne, pas de blennorrhagie ablation. Guérison. L'examen histologique confirme le diagnostic clinique. H. cite comparativement une coupe faite sur une prolifération hypertrophique de l'urèthre chez une femme âgée de 63 ans, une lésion préputiale chez un homme atteint de 65 ans, et rappelle la fréquence des condylomes acuminés chez les animaux. J. M.

UNNA : **Les cellules X du condylome acuminé.** (*M. f. p. D.*, 1904, Bd. 38, nº 1, p. 1.) — Ces cellules mises en évidence au moyen de la méthode Wasserblau + Orcéine + Eosine + Safranine, avaient d'abord été prises par U. pour des leucocytes,colorés d'une facon spéciale. Elles en diffèrent pour plusieurs raisons. D'abord elles ne montrent aucune granulation neutrophile ; le corps de la cellule, coloré en bleu foncé, a des contours nets. Le noyau est généralement unique, rarement double. S'il en existe plusieurs, ils ne sont pas réunis par des filaments de chromatine, mais sont plus grands que ceux des leucocytes (4 à 10 fois), et le sont toujours beaucoup par rapport au corps cellulaire. Leur couleur est intense, souvent brillante, rouge cinabre, homogène. On ne peut déceler à leur intérieur ni suc nucléaire, ni filaments de chromatine. Comme les leucocytes,on les rencontre dans les fentes inter-épithéliales et leur forme est très variable. Les cellules X se rencontrent aussi par groupes répartis sur les cônes et les crêtes de l'épithélium, mêlées à des leucocytes; mais il existe des différences topographiques tranchées entre ces deux espèces de cellules. Les cellules X se rencontrent surtout près de la limite du derme,les leucocytes vers le milieu de la couche épineuse. Ces cellules ne peuvent pas monter, comme les leucocytes, vers les couches élevées de la peau ; elles ne forment jamais d'amas



comparables à ceux des abcès épithéliaux et on n'en trouve jamais dans la couche cornée. Jamais on ne les trouve, comme les leucocytes, dans les vaisseaux du derme lymphatiques ou sanguins; elles n'immigrent pas du derme dans l'épithélium et ne proviennent pas des vaisseaux sanguins. Leur habitat paraît être exclusivement la couche épineuse basale la plus voisine du derme qu'elles ne dépassent pas beaucoup en remontant vers la couche cornée. U. a constamment rencontré ces cellules dans les 31 cas de condylomes acuminés qu'il a observés dans n'importe quelle région. Mais leur nombre est des plus variables, ainsi que leur forme; on rencontre fréquemment des prolongements arrondis, on en trouve de pointus, faisant angle droit avec le corps de la cellule; ces modifications de forme ne paraissant pas dues à des mouvements amiboïdes mais à une sorte d'entraînement passif dans le mouvement en avant du corps cellulaire entier. Les cellules X ont des dimensions très variables. Les petites ont celles des leucocytes interépithéliaux quoiqu'un peu plus larges. Les grandes, qui ne se rencontrent pas toujours, ont des dimensions deux et trois fois plus grandes et un contenu de 8 à 27 fois plus considérable, on ne remarque jamais d'aussi grandes différences parmi les leucocytes. Ces cellules diffèrent donc des leucocytes, quoique leur ressemblant beaucoup. Ce sont des corps unicellulaires à mouvements amiboïdes de mode, de forme, affinité tinctoriale inconnues jusqu'ici. Mais il existe à coup sûr des formes de passage entre les cellules épineuses et les cellules X. Unna a pu voir que le processus consistait dans le remplacement du noyau des cellules épineuses par des masses rappelant de volumineux corps nucléaires, en une sorte de dégénérescence, nucléoloïde. L'atrophie, la disparition des fibres épithéliales serait la dernière phase de l'altération de l'épithélium ; il surviendrait en même temps un certain arrondissement avec épaississement des parois du corps cellulaire puis finalement l'établissement des prolongements multiformes caractéristiques. Ces prolongements sont d'origine passive, puisque les cellules sont détachées du revêtement fibreux et deviennent des prolongements après avoir été étroitement liées aux cellules voisines. Les cellules X seraient ainsi des modes spéciaux de dégénérescence jusqu'ici inconnus des cellules épithéliales ; leur situation intra-cellulaire résulterait de leur unique provenance épithéliale. Leurs formes en apparence provoquées par des mouvements amiboïdes s'expliqueraient par leur détachement irrégulier du revêtement fibreux, en admettant une certaine plasticité du corps cellulaire. Ce ne sont pas de simples produits de dégénérescence. Elles subissent, comme les leucocytes, des migrations, ce qui explique la variabilité de leurs formes. Elles ressemblent ainsi à certains parasites unicellulaires. Au résumé, elles sont encore environnées d'obscurités troublantes et méritent bien le nom de cellules X, que l'auteur leur a donné pour ne pas préjuger de leur nature...J. M.

L. Walsch : **Sur la verrue sénile et l'épithélioma qui s'y développe.** (*Arch. f. Dermat. u. Syph.*, t. 76, p. 31.) — W. commence par résumer les recherches diverses faites à ce sujet. Il donne ensuite le résultat de ses examens personnels portant sur des pièces provenant soit de vieillards, soit de sujets plus jeunes (42 ans). Il rappelle que Audry décrit sous les processus séborrhéiques des relations identiques à la verrue sénile. Celle-ci serait donc mal nommée ; c'est bien réellement une acanthose verruqueuse séborrhéique dont la sénilité n'est pas un élément nécessaire. Il est également certain que ces lésions peuvent servir de point de départ à une transformation épithéliomateuse qui a son point de départ dans la couche basale, et qui, elle, trouve dans la vieillesse une cause efficace de développement. C. A.

E. Vollmer : **Sur la papillomatose.**(*Arch. f. Derm. u. Syph.*,t. 293.) — V. relate l'obs. d'un homme de 60 ans, offrant sur le front, les paupières, les narines, la muqueuse buccale, la langue, les aisselles, les seins, le nombril, la région ano-génitale, un état verruqueux et papillomateux. Pas d'examen microscopique. Il est singulier que V. ne songe pas à éliminer la maladie de Darier ; il croit qu'il s'agit d'une affection rentrant dans le groupe des condylomes aigus ?
C. A.

XERODERMA PIGMENTOSUM

V. Bandler : **Histologie de la mélanose lenticulaire progressive (xeroderma pigmentosum).** (*Arch. f. Derm. u. Syph.*, t. 76, p. 9.) — L'examen de deux tumeurs prises à un jeune homme de 24 ans, atteint d'un xeroderma pigmentosum typique, a montré une structure différente de l'une et l'autre prise. Dans l'une, on trouve un cancroïde typique, à faible développement bien limité, sans atypie cellulaire semblable à un nœvo-carcinome alvéolaire ; dans l'autre, carcinome à végétation exubérante fortement atypique et dégénéré, Pick et Chiari, sur la sœur de ce malade, ont trouvé un sarcome qui pouvait être considéré comme un nœvo-carcinome. La plupart des recherches récentes confirment l'origine épithéliale des néoplasies et peuvent plaider en faveur de l'opinion de Kreibich qui tend à admettre une désignation dans le développement de l'épithélium et du derme. C. A.

Low: **Contribution à l'étude du xeroderma pigmentosum.** (*Derm. Zeitsch.*, juillet 1906, p. 488.) — Observations de deux frères nés de parents sains, sans aucun signe de dégénérescence, mais cousins germains. La mère présente une pigmentation intense, des éphélides, des plaques de vitiligo ; il y a donc tendance chez les ascendants aux anomalies pigmentaires. Pas de troubles de la nutrition. Les premiers phénomènes apparurent dès l'exposition au soleil. En mai, l'enfant ne présentait que des symptômes inflammatoires d'hyperrémie ; en juillet, paraissaient les éphélides et le début d'une atro-

phie qui s'accrut en s'accompagnant de proliférations épithéliales. Il paraît donc s'agir d'un manque de résistance congénitale à l'action des rayons. Mais cette prédisposition peut aussi s'acquérir (*Seemanns haut*). La maladie débute par un érythème aigu, auquel succède l'atrophie avec pigmentation et télangiectasies, suivies d'ulcérations et de proliférations épithéliales. L'épithélium est plus atteint que le collagène par l'atrophie (vacuolisation, pigmentation, parakératose, disparition et aplatissement des papilles). Les fibres élastiques sont altérées et il y a formation d'élacine. En raison de la pigmentation, on trouve un amas de chromatophores avec dilatation et infiltration des vaisseaux, éosinophilie, nombreux mononucléaires par suite du jeune âge des malades. Pas de traitement effectif. J. M.

DERMATOLOGIE — VARIA

FANO et LIEBMANN : **Contribution à l'étude des tumeurs dites sarcoïdes.** (*Arch. f. Derm. u. Syph.*, t. 80, p. 221.) — Observation de sarcomatose cutanée à marche rapide prise sur une fille de 17 ans, et ayant débuté sur les extrémités inférieures. Comme prodromes : fièvre, douleurs scapulaires, etc. Début des premiers nodules après 14 jours. Albuminurie, rate grosse, mort en 6 semaines. En somme allure d'une maladie infectieuse. Jamais d'adénopathie. Parmi les nodules, les uns étaient entourés d'une aile hémorrhagique, les autres non. F. et L., rapprochent de faits antérieurs de Gaillard, Hallopeau, Perrin, etc., et le différencient du type kerion. C. A.

HARDAWAY-ALLISON : **Tumeurs verruqueuses, callosités et hyperidrose, leurs rapports avec les malformations des pieds.** (*Journ. of cut. Dis.* mars 1906, p. 127.) — Verrues. Cause peu connue. Certaines tumeurs verruqueuses de la plante n'ont pu guérir tant que la forme du pied n'avait pas été régularisée par un traitement orthopédique approprié. Hyperidrose et callosités. Le pied plat, la faiblesse du pied, la métatarsalgie antérieure, ont été souvent cités comme cause de sueurs profuses. De même pour le cor (garçons de magasins à station debout prolongée). La bromidrose se rencontre souvent chez les domestiques qui restent longtemps sur leurs jambes. Les verrues, les cors accompagnent souvent l'hyperidrose; l'hyperidrose est le début de ce cercle vicieux provoqué par le mauvais état du pied. Dix observations nouvelles de troubles cutanés, callosités ou hyperhidrose accompagnant des malformations du pied. Traitement orthopédique, massage, exercice, guérison presque constante. Toutes les tumeurs verruqueuses, les callosités, l'hyperidrose des pieds ne sont pas dues à des malformations, mais le dermatologiste doit y penser. J. M.

MAC LEOD : **Maladies tropicales de la peau.** (*The Brit. med. J.*, 11 nov. 1905.) — Les maladies tropicales de la peau étant le plus souvent parasitaires, l'auteur les range à ce point de vue en quatre

groupes : 1° celles qui sont dues à quelque parasite connu; 2° celles qui sont évidemment parasitaires, mais dont le parasite n'a pas encore été découvert ; 3° celles qui sont peut-être parasitaires et 4° celles qui ne sont pas d'origine parasitaire. Les parasites occupent une grande place dans les affections cutanées tropicales. La plupart des dermatoses tropicales qui sont causées par les bactéries surviennent aussi dans les climats tempérés. La tuberculose cutanée est, par exemple, très commune dans les climats chauds et tempérés. Des granulomes infectieux d'origine bactérienne, un des plus communs est encore la lèpre. L'exemple le mieux connu de l'infection cutanée par un streptothrix sous les tropiques est le pied de Madura. On a décrit deux variétés suivant que les nodules sont blancs ou jaunâtres ou noirs. La variété blanche est due à un streptothrix qui diffère des actinomyces. La variété noire demande encore des recherches. Récemment Oppenheim a déclaré qu'il est dû à un oïdium, ce qui demande confirmation. Les blastomycètes prospèrent rapidement sur la peau dans les contrées tropicales dans les régions moites du corps, comme les aisselles et les régions génitales. On a décrit ainsi un certain nombre de cas de dermatite blastomycétique et de coccidioïde. Parmi les maladies causées par les hyphomycètes ou moisissures, il faut signaler la teigne tropicale ou *tinea imbricata*. Pour Tibondeau, le parasite est un aspergillus, pour Sabouraud un trichophyton associé à celui qu'on trouve chez l'animal. Dans la maladie dite pinta, on a trouvé divers champignons, le penicillium, l'aspergillus, le monilia et récemment un trichophyton (Bodin). Les affections peuvent êtres dues à des parasites animaux, ascarides, insectes, vers. La gale est très commune sous les tropiques et a reçu divers noms suivant les contrées. Une affection qui semble due à un acare atteint le pied des indigènes en Assam, c'est le panighao. L'affection survient dans la saison humide, lorsque l'individu marchant pieds nus, l'épiderme se macère, ce qui favorise la pénétration du parasite. Il suffit de porter des chaussures pour se mettre à l'abri L'éléphantiasis des Arabes est dû aux larves de la filaire de Bancroit, surtout de la filaire nocturne; mais peut-être faut-il faire intervenir d'autres facteurs pour expliquer la stase lymphatique qui précède l'éléphantiasis. Beaucoup d'affections cutanées tropicales semblent relever de la présence de parasites sur la nature desquels on n'est pas fixé. Il en est ainsi de l'ulcère oriental qui a recu différents noms : bouton de Biskra, d'Alep, de Gafsa, du Nil, ulcère de Bagdad. La maladie est contagieuse et auto-inoculable. On y a trouvé des microcoques, des streptocoques, des staphylocoques, des corps de Leishman. Nous avons dans nos pays une affection analogue connue sous le nom de granulome ulcéreux septique et qu'on croit due à un botrymyces. Une autre lésion qui a beaucoup de rapport avec le bouton oriental est celle qui a sévi sur des troupes du Transwal. Bishop Harman y a trouvé un diplocoque, pour lequel il propose le nom de «micrococcus vésicans» et qui, inoculé, reproduit la maladie. Il est des maladies cutanées dans lesquelles on trouve

généralement des micro-organismes, mais qui ne sont probablement que des facteurs secondaires dans l'évolution de la maladie. L'affection appelée « prickly heat » est une affection ayant beaucoup d'analogie avec la miliaire, mais où des microorganismes déterminent une inflammation secondaire. La dysidrose est une affection vésiculaire analogue. Enfin les toxines peuvent probablement jouer un rôle dans les dermatoses des pays chauds, on peut citer la pellagre, l'acrodynie, l'ainhum, le vitiligo. L. J.

F. LEWANDOWSKY : **Pathogénie des abcès multiples des nourrissons.** (*Arch. f. Derm. u. Syph.*, t. 80, p. 179.) — Ce sont des lésions de nature staphyloccocique ; les staphylocoques pénètrent par les orifices des sudoripares. Dans les cas étudiés, il existait en outre des petites pustules à staphylocoques ayant leur siège autour du pore sudoral; et d'où pouvait partir un abcès plus profond. C. A.

Paul LINSER : **Sur les modifications de la peau dans la pseudoleucémie.** (*Arch. f. Derm. u. Syph.*, t. 80, p. 3.) — I. Homme de 54 ans ; la maladie a débuté 2 ans auparavant par du prurit ; il présente une tumeur de la joue droite, une seconde sur la moitié droite du cou ; état éléphantiasique de la main et de l'avant-bras gauche. Nombreux nodules disséminés dans la peau des joues, de l'abdomen, des épaules. Adénopathies inguinales et axillaires ; rate grosse, 4.240.000 hématies pour 9100 leucocytes, ces derniers comprenant 45 % de lymphocytes. Puis les leucocytes passèrent à 21.000 avec 67 % de lymphocytes. Mort ultérieure. — II. Homme de 58 ans ; maladie datant d'un an, et ayant commencé par des vésicules, du prurit, etc. Lors de l'entrée, érythrodermie généralisée avec infiltration, desquamation, hyperkératose des extrémités. Adénopathie inguinale, axillaire et sus-claviculaire. Rate non augmentée. Le nombre des leucocytes varie entre 10 et 21000 pour 5.000.000 hématies, mais la proportion des lymphocytes varie entre 37/0 et 72 %. Dans ce cas on vit une pseudoleucémie se transformer en vraie leucémie lymphatique avec des accidents cutanés d'erythrodermie exfoliative diffuse. L'auteur renvoie aux travaux de Pinkus et de Nikolau.
C. A.

P. LINSER : **Sur la régulation de la température dans les dermatoses universelles.** (*Arch. f. Dermat. u. Syph.*, t. 80, p. 249.) — Chez l'homme sain, la température de la peau est inférieure de 3 à 3 degrés 1/2 à la température anale. Dans des cas de dermatose étendus à la totalité de la peau (eczéma, psoriasis, érythrodermie exfoliative), elle n'était inférieure que de 1 degré. L. calcule, en outre, que la perte de chaleur et la formation de chaleur s'élève au double de la normale.
C. A.

THÉRAPEUTIQUE, PRESCRIPTIONS ET FORMULES

Le traitement des rétrécissements de l'urètre par les bougies

(HAGH LETT)

Dans la grande majorité des cas les rétrécissements de l'urètre peuvent être traités avec succès par la dilatation. L'urétrotomie interne est plus rapide, si le rétrécissement est très serré, mais elle exige l'anesthésie et des soins qui gênent un homme occupé. L'électrolyse, la divulsion et les caustiques ont été essayés sans résultats satisfaisants. La dilatation peut être soit intermittente le plus souvent, soit continue.

Le siège et le calibre du rétrécissement étant établis, on passe l'instrument le plus large pouvant franchir facilement l'obstacle. Les séances sont d'abord faites, tous les trois ou quatre jours, en passant une sonde d'abord d'un numéro faible, puis d'un numéro de plus en plus fort, en allant jusqu'au n° 15E. Il suffit alors pour maintenir le résultat de passer une bougie toutes les semaines, tous les quinze jours, ou tous les mois suivants.

Les bougies molles sont préférables aux instruments métalliques pour les rétrécissements serrés, inférieurs à 7 E, et en général pour tous les cas jugés un peu difficiles. Pour des rétrécissements moins forts la dilatation est plus rapide et plus efficace par les bougies métalliques. Parfois celles-ci donnent même moins de réaction.

Pour l'emploi dans la pratique générale, l'auteur recommande les bougies à bout olivaire, à condition que l'extrémité de l'instrument à l'union de l'olive ne soit pas trop rigide afin d'éviter les fausses routes. Mais dans le reste de leur longueur elles doivent être assez fermes pour ne pas se laisser déprimer. Le défaut des bougies flexibles réside dans la difficulté de les stériliser convenablement. Après leur emploi on les lavera à l'eau et au savon, on les séchera, puis on les placera dans un vase contenant de la formaline. Avant de s'en servir on les essuie alors avec un tampon imbibé d'une solution phéniquée faible.

Il sera souvent nécessaire de faire un lavage de la partie antérieure de l urètre ; on donnera en même temps de l'urotropine ; enfin on peut terminer la séance par une instillation de nitrate d'argent à 1 p. 100.

La dilatation continue est principalement employée dans les rétrécissements étroits, alors qu'on n'a pu que très difficilement passer une bougie filiforme ; bien que dans ces cas l'urétrotomie soit une méthode plus rapide, la dilatation continue donne des résultats très satisfaisants. Mais cette dilatation n'est pas toujours bien supportée et les accidents rendent l'opération indiquée. (*The Practitioner*, janvier 1908 et *Revue de Thérapeutique ch r.* p. 103).

Traitement du lupus érythémateux par les courants de haute fréquence

(G. HAHN)

Le Dr G. Hahn (de Marseille) résume ainsi l'observation d'un cas de lupus érythémateux centrifuge symétrique qu'il a eu l'occasion de traiter par les courants de haute fréquence, et le résultat obtenu nous engage à en publier l'observation résumée :

Ce malade a constaté les premières atteintes de son mal en mai 1902 ; après avoir essayé, sans succès, différents traitements, il a été soumis à la radiothérapie, pendant cinq mois, à l'hôpital Saint-Louis, en 1905, ce qui a déterminé une radiodermite grave, dont il porte la cicatrice, sans que l'extension des lésions lupiques ait pu être arrêtée.

En 1907 nouvel essai, sans résultat appréciable, de radiothérapie.

En juillet 1907, nous voyons le malade et pensons à utiliser les courants de haute fréquence sous forme d'effluves locales. Nous avons employé pour cela l'électrode condensatrice de Bissérié, d'un maniement très commode et qui permet de faire varier l'intensité des effluves.

Les lésions, très étendues, ont nécessité un grand nombre de séances, une cinquantaine environ : sur chaque placard lupique, le manchon de verre était promené pendant deux à trois minutes ; une réaction assez vive se produisait chaque fois et, après deux ou trois applications, une croûtelle se formait, qui tombait bientôt, laissant après elle une cicatrice de teinte rosée et lisse.

Depuis trois mois, nous observons le malade, et aucune apparence de récidive ne nous a obligé, jusqu'ici, à reprendre le traitement.

Le lupus tuberculeux et le lupus érythémateux fixe sont justiciables de la finsenthérapie et de la radiothérapie, mais le lupus érythémateux symétrique aberrant doit être traité par la haute fréquence. Il faut savoir doser l'intensité ; le traitement sera quelquefois long, lorsque la réaction sera vive, parce qu'il faudra alors mettre des intervalles de huit ou dix jours entre chaque application et que plusieurs applications seront nécessaires pour substituer un tissu sain au tissu malade.

L'intensité du courant à employer et la durée de chaque application sont variables et, sur ce point, il n'est pas possible de donner des indications précises, la réaction de la peau étant très différente, d'un sujet à l'autre.

Le courant sera réglé de façon que l'effluve ne provoque aucune douleur. L'intensité en sera aussi limitée par l'échauffement du manchon de verre, mais il sera possible d'échapper à cet inconvénient en tenant l'électrode à quelques millimètres de la peau ; il est, d'ailleurs, facile d'interrompre le courant pendant quelques secondes pour permettre le refroidissement du manchon.

Après une application bien conduite, le malade ne doit avoir qu'une légère sensation de cuisson, et une rougeur franche doit apparaître sur une étendue qui dépasse un peu les limites du mal, parce qu'il ne faut pas oublier que le lupus aberrant est centrifuge et qu'il faut toujours, dans la réaction cherchée, aller au delà de la zone atteinte.

La première croûtelle se forme ordinairement après deux ou trois séances ; il est indiqué de la laisser tomber et d'en provoquer ensuite une nouvelle. Quand les croûtelles cesseront de se former, la guérison sera prochaine.

En résumé, le traitement par les courants de haute fréquence est le traitement de choix du lupus érythémateux aberrant superficiel. La durée totale du traitement est longue, de vingt-cinq à soixante-dix séances et plus : c'est là son inconvénient ; mais les avantages très grands de cette méthode sont, comme l'indique Brocq, son indolence relative, le peu de dégâts qu'elle cause, la possibilité pour les malades de continuer à vaquer à leurs occupations et la beauté des cicatrices consécutives : l'esthétique est, en effet, le plus ordinairement satisfaite ; il subsiste seulement, parfois, une pigmentation brunâtre, ce qui s'est produit chez notre malade, ou, au contraire, une décoloration de la région effluvée. (*Marseille médical*, 1er mars 1908.)

Traitement de la syphilis acquise par l'atoxyl.

(G. Rouvière.)

L'auteur a suivi la technique indiquée par Hallopeau, en se servant du produit français, moins toxique. Les solutions à 20 p. 100 ont été stérilisées par tyndallisation et placées dans des ampoules fermées à la lampe. Les injections sous-cutanées au niveau de la face externe des cuisses et des deux endroits à la fois ont paru moins douloureuses que les injections intra-musculaires.

Pour la plupart, on a fait une série de dix injections : les deux premières contenant 75 centigrammes d'atoxyl à deux jours d'intervalle, les quatre autres de 50 centigrammes

séparées par trois jours de repos. Les malades pendant ce temps n'ont pris ni mercure ni iodure.

De ses observations prises dans le service du professeur Audry (de Toulouse), l'auteur conclut que l'atoxyl à hautes doses a une action certaine évidente sur les accidents cutanés de la syphilis. Mais cette action n'a pas paru bien nette sur les déterminations gutturales et muqueuses. En aucun cas elle n'a paru supérieure à celle d'un bon traitement mercuriel, même momentanément. L'état général semble cependant un peu plus vite remonté. Le traitement doit être prudemment conduit en raison de la possibilité d'accidents toxiques.

Le professeur Audry est porté à croire que l'atoxyl exerce sur les manifestations cutanées de la syphilis une action particulière comparable à celle des autres arsénicaux, mais non une action réellement spécifique. L'auteur pense même publier quelques faits pour montrer que l'atoxyl, à doses normales, constitue un excellent médicament arsénical injectable, supérieur peut-être à tout autre de ce genre contre le psoriasis et d'autres dermatoses.

Il n'est pas probable que l'atoxyl remplace le mercure, mais il pourra peut-être rendre des services pour renforcer l'action du mercure ou même y suppléer jusqu'à un certain point. (*Prov. médicale*, 13 août 1907, et *Rev. de thér. méd. chir.*, p. 638.)

Traitement de certains eczémas rebelles par le goudron de houille brut.

(Brocq)

Le goudron de houille ou coaltar est assez souvent employé en dermatologie, mais on utilise, en général, le goudron purifié. Dans l'usage particulier qu'il en a fait pour le traitement de certains eczémas rebelles des jambes, M. Brocq s'est servi, au contraire, du coaltar brut, tel qu'il arrive de l'usine ; les essais qu'il a faits avec la même substance purifiée ont été, d'autre part, beaucoup moins satisfaisants. Il est à noter, d'ailleurs, que les goudrons n'ont pas tous exactement la même composition et que leur action peut varier suivant leur provenance.

C'est surtout dans les eczémas rebelles des membres inférieurs que les résultats obtenus ont été remarquables. Ces eczémas peuvent être divisés en deux variétés. A la première appartient l'eczéma rubrum à forme absolument chronique, de coloration rouge foncé et qui s'accompagne d'une infiltration profonde des téguments ; cet eczéma essentiellement rebelle semble parfois s'améliorer par les poudres et les pommades, puis il se forme des points de suppuration qui grandissent et détruisent rapidement le processus de réparation.

A la deuxième variété appartient l'eczéma nummulaire, qui est aussi particulièrement rebelle. Or, c'est tout spécialement dans ces deux variétés que le coaltar a été utile. Toutefois, pour qu'il réussisse, il faut suivre dans son application certaines règles indispensables. C'est ainsi qu'on ne peut l'employer s'il existe sur le membre des pyodermites ou des pustules d'ecthyma ; car en enveloppant le membre dans cette sorte de carapace, on risquerait fort de voir la suppuration s'établir.

Aussi est-il indispensable que la peau soit soigneusement désinfectée ; quand le nettoyage des parties malades, qu'on peut opérer par un enveloppement humide qu'on laisse en place 48 heures, est opéré, on enduit les parties malades d'une bonne couche de coaltar. On la laisse sécher, puis on la recouvre d'une tarlatane. Très rapidement les cuissons et les démangeaisons sont améliorées. On enlève alors le pansement au bout de 24 ou de 48 heures et on constate que déjà, il y a amélioration sensible de l'état local, la rougeur et le gonflement ayant beaucoup diminué.

Si, dès ce moment, on faisait une nouvelle application de goudron, ces bons résultats disparaîtraient. Ce qu'il faut alors, c'est recouvrir les parties d'une couche de pâte de zinc ichthyolée, qu'on laissera en place deux ou trois jours de manière à atteindre le quatrième ou le cinquième jour du traitement. C'est alors, qu'après avoir soigneusement nettoyé les parties, avec de la vaseline et ensuite au moyen d'un savonnage, on fait une nou-

velle application de goudron semblable à la première. On la laisse le même temps, c'est-à-dire deux ou trois jours, on la remplace par une application de pâte de zinc et on arrive ainsi à une troisième application.

Pour appliquer cette méthode, il faut avant tout ne pas aller trop vite, laisser au médicament le temps de produire tout son effet de manière que l'épiderme qui se reproduit ait pris toute sa solidité. Après trois applications, les résultats sont déjà tout à fait remarquables et M. Brocq a pu montrer des malades qui avaient été traités sans succès depuis des mois par les méthodes les plus variées et qui par cette méthode, après la troisième application, étaient arrivés à un état voisin de la guérison.

Dans l'eczéma nummulaire, également très rebelle comme on sait, les résultats obtenus ont été excellents; et dans l'eczéma orbiculaire des seins, l'action du goudron a été également très favorable.

Il est difficile de s'expliquer pourquoi le goudron impur agit mieux que le goudron purifié. Cette différence peut tenir à la consistance du produit, qui est très différente : le goudron purifié est beaucoup plus fluide, tandis que le goudron brut, probablement à cause des corps étrangers qu'il contient, est plus épais et lorsqu'il est étalé sur la peau forme une sorte de vernis très adhérent.

Il n'est pas d'ailleurs sans intérêt de savoir que ce procédé de traitement est populaire dans certains endroits de la Bretagne et que les pêcheurs utilisent souvent ainsi le même goudron qui sert à enduire les bateaux pour traiter les eczémas rebelles. (*Journal de Med. et de Chir. pratiques* art. 21930.)

Recherches cliniques sur l'action de l'atoxyl dans la syphilis,

(V. Chiridiro.)

S'il est vrai, en général que, pour juger de la valeur d'un nouveau médicament, une longue expérience est nécessaire, il n'en reste pas moins que certains faits, peu nombreux mais particulièrement concluants, on une valeur démonstrative spéciale, indépendante du nombre.

S'étant mis à expérimenter l'atoxyl dans la syphilis, l'auteur, assistant de M. De Amicis, professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques à l'Université de Naples, obtint, dans ses cinq premières observations, des résultats si intéressants qu'il crut opportun de les communiquer sans plus attendre. En effet, trois d'entre eux, qui se trouvaient à la période secondaire de la syphilis, n'avaient encore subi aucun traitement et les deux autres étaient des syphilitiques tertiaires dont les lésions avaient résisté à des médications mercurielles et iodurées multiples des plus énergiques (y compris les injections de calomel).

L'un des syphilitiques secondaires présentait des périostites multiples très douloureuses, bien que son infection ne remontât qu'à quatre mois. Il marchait avec peine et était très affaibli par l'insomnie due à l'exacerbation nocturne des douleurs. Dès la première injection de 0 gr. 10 d'atoxyl (en solution à 10 p. c.), il put dormir toute la nuit. Après huit injections de la même quantité d'atoxyl, faites en l'espace de dix jours, il ne restait plus de tuméfactions périostiques ni d'autres lésions, et l'état général s'était remarquablement relevé.

Dans le second cas de syphilis secondaire récente, moins grave que le précédent, mais non complètement bénin (en plus de la sclérose primitive avec polyadénite, il y avait infiltration endo-urétrale, roséole à grosses taches, douleurs péri-articulaires, périostite de l'extrémité inférieure de l'humérus droit et de la dernière côte) l'amélioration se montra après la troisième injection de 0 gr. 10 d'atoxyl. Elle continua ensuite à progresser, mais pour s'arrêter après la neuvième injection. Aussi les quatre injections suivantes furent-elles faites à la dose de 0 gr. 20. L'effet en fut si favorable qu'on put revenir aux injections de 0 gr. 10, dont quatre seulement suffirent. Dans ce cas, 17 injections furent pratiquées en un même nombre de jours.

Chez le troisième syphilitique secondaire, on constatait de la polya-

dénite avec éruption maculo-papuleuse et sternalgie (sans périostite). Le sclérose primitive était géante. Les injections quotidiennes d'atoxyl à 0 gr. 10 diminuèrent la sternalgie et l'étendue de l'accident primitif, mais l'amélioration cessa de progresser après la septième injection. On fit deux injections à 0 gr. 20. Cependant, les lésions, loin de s'améliorer, augmentèrent d'intensité. On découvrit alors la présence d'albumine dans les urines (2 gr. par litre), sans cylindres urinaires ni autres éléments figurés. On suspendit les injections d'atoxyl pour les reprendre, à la dose de 10 gr., quatre jours plus tard, alors que toute trace d'albumine urinaire avait disparu Mais l'albuminurie ne tarda pas à se reproduire et les manifestations syphilitiques empirèrent de telle sorte qu'on fut obligé de renoncer définitivement à la médication atoxylique.

Ce fait montre que le succès du traitement par l'atoxyl est lié essentiellement à l'intégrité de la fonction rénale, ce médicament étant contre-indiqué chez les syphilitiques dont le rein est défectueux.

L'effet curatif de l'atoxyl ne laissa rien à désirer dans les deux observations de syphilis tertiaire. Dans l'une d'elles, il s'agissait de ganglions en état de ramollissement gommeux, ainsi que d'une gomme de l'orifice de l'uretère et du feuillet interne du prépuce menaçant de détruire la verge. Ces lésions avaient résisté, comme il a été dit, au mercure et à l'iodure. Elles cédèrent à 11 injections quotidiennes d'atoxyl à 0 gr. 10.

Chez l'autre malade, on avait affaire à une périchondrite gommeuse de l'épiglotte, avec cornage et accès de suffocation, rebelle au mercure et à la médication iodurée. Ces troubles disparurent après douze injections quotidiennes d'atoxyl à 0 gr. 10.

De ces faits, l'auteur tire les conclusions que voici :

L'atoxyl doit être considéré comme un médicament précieux contre la syphilis dans ses manifestations aussi bien récentes que tardives. C'est, à n'en pas douter, un émule du mercure et de l'iodure, auxquels il est parfois même supérieur en efficacité.

Chez les malades atteints de lésions gommeuses rebelles au mercure et à l'iodure, l'atoxyl est une véritable ressource thérapeutique.

Médicament puissant et d'action rapide, l'atoxyl n'est pas et ne saurait être toujours inoffensif. Aussi faut-il le manier avec prudence et en surveiller attentivement les effets.

La dose d'atoxyl à injecter en une fois doit varier entre 0 gr. 10 et 0 gr. 20. Une dose plus élevée, alors même qu'elle ne serait pas nuisible, est, dans la plupart des cas, pour le moins superflue (*Reforma medica*, 7 déc. 1907 et *Rev. méd. belge*, p. 161, 1908.)

Traitement de l'ulcère de jambe par le sous-carbonate de fer.

(Brocq).

L'emploi du sous-carbonate de fer constitue un excellent moyen de traitement de l'ulcère de jambe, moyen qui n'est peut-être pas assez répandu dans la pratique. M. Brocq, qui le prescrit souvent, conseille, pour l'utiliser, de garantir d'abord le voisinage de l'ulcère avec une pommade couvrante épaisse et adhérente. L'ulcère est bien détergé avec des pulvérisations tièdes.

La poudre de sous-carbonate de fer est appliquée ensuite *en masse* sur la plaie, puis recouverte d'une couche de tarlatane. La jambe est enveloppée d'une couche d'ouate maintenue depuis le pied par une bande qui exerce une légère compression. Il faut avoir soin que la poudre ne s'accumule pas inégalement autour de l'ulcère.

Cette substance a l'inconvénient de salir beaucoup les pièces de pansement et les linges avec lesquels elle est en contact. On peut y remédier en nettoyant soigneusement toutes les parties recouvertes avec de la vaseline.

Le pansement, sauf pour de petits ulcères, devra être renouvelé tous les jours. Il a l'avantage lorsqu'il est bien appliqué et suffisamment compressif de permettre au malade de se lever et de vaquer à ses occupations si elles ne sont pas trop fatigantes. (*Journ. de méd. et de chir. pratique*, art. 21930.)

Traitement de la goutte militaire.

(MARX).

M. Marx, médecin de Saint-Lazare termine ainsi son intéressant travail:

En résumé, voici comment nous procédons depuis 10 ans lorsque nous nous trouvons en présence d'une goutte militaire. Nous faisons examiner la goutte matutinale au point de vue gonocoque.

Si nous en constatons l'absence, nous trouvant en présence d'une goutte militaire banale, nous pratiquons, ou plutôt nous faisons pratiquer à notre malade, avec notre appareil à lavage et canule de Massey, des lavages à l'oxycyanure de mercure à 1 pour 2.000, matin et soir un litre.

Si nous constatons par le toucher rectal des inégalités prostatiques avec un des lobes hypertrophié s'accompagnant dans l'émission d'urine au premier verre de filaments ou même à la pression sur la prostate d'un écoulement plus ou moins abondant par l'urèthre, nous faisons précéder ces lavages de massage prostatique rectal.

Si la bougie exploratrice a rencontré dans la région prostatique uréthrale des brides, des ressauts, des inégalités, une dilatation ampullaire de l'urèthre entre la sangle musculaire de la région membraneuse et le col de la vessie, dilatation formant lac où stagne le mucopus, nous pratiquons concurremment des massages de l'urèthre total au moyen du beniqué n° 44.

Si ce traitement ne suffit pas, nous le remplaçons par l'introduction dans tout l'urèthre de bougies uréthrales fondantes armées pour celles du matin de Protargol 0,30, pour celles du soir de :

Baume du Pérou..... } 0.25 āā.
Résorcine............ }

Lorsque nous constatons dans la goutte matutinale la présence de gonocoques, nous pratiquons de suite les instillations au nitrate d'argent tous les 2 jours.

Nous commençons par la solution à 1 pour 50 pour habituer le canal de l'urèthre à ce traitement et aussi pour tâter la tolérance individuelle.

Nous passons rapidement aux solutions au 1/30, 1/25, 1/10, pratiquant comme il a été dit plus haut.

Ce traitement est comme nous l'avons expliqué prolongé trois semaines puis nous arrêtons dix jours. S'il n'y a plus de suintement matutinal au bout de ce laps de temps, nous pratiquons l'expérience de la bière prise en masse le soir pendant 2 ou 3 jours. Si l'écoulement ne reparaît pas nous considérons le malade comme guéri, si la goutte revient nous poursuivons le traitement par séries d'instillations.

Souvent, après guérison, persistent dans le premier jet d'urine quelques filaments. Nous conseillons les massages prostatiques, les petits lavements à 43° à prendre matin et soir et à garder une heure; les suppositoirs détersifs, les bains de cuvette chauds.

Il arrive souvent que la goutte militaire, blennorrhagique ou non, est produite par une infection des glandes de la fosse naviculaire dont on peut trouver l'orifice enflammé et suintant au moyen de l'Uréthroscope.

Dans ce cas, nous avons imaginé pour les désinfecter un procédé facile à employer

Nous introduisons la sonde à instillation de Guyon à deux centimètres seulement du méat. Nous faisons comprimer le canal, au-dessous de la boule, par l'index et le pouce du patient. Nous comprimons nous-même le méat avec l'index et le pouce de la main gauche et nous envoyons sous pression la solution de nitrate d'argent, de façon à ce que ne pouvant s'échapper ni vers la vessie, ni à l'intérieur, elle distende la petite portion de l'urèthre où elle est maintenue et cela assez fortement pour pénétrer dans les glandules.

Nous avons pratiqué avec succès cette manœuvre dans nombre de cas et n'avons eu comme accident qu'un seul petit abcès d'une des glandes sous-péniennes antérieures qui a été facilement ouvert et guéri.

Traitement de certains cas d'épididymite blennorrhagique.

(PILIPP)

Le Dr Pilipp a eu recours, dans une série de cas d'épididymite blen-

norrhagique, à des applications d'ichthyol pur, *loco dolenti*. Il qualifie de surprenants les résultats obtenus, tant au point de vue de l'action antiphlogistique et résolutive, qu'eu égard aux effets analgésiants.

Ce n'est pas la première fois que nous avons à mentionner, dans ce recueil, les excellents résultats obtenus dans le traitement de l'épididymite blennorrhagique, à la suite des applications locales d'ichthyol. (*Munchener medizin. Wochenschrift*, 1907, n° 41 *et Rev. intern. de Clin. et de Thér.* 20 février 1908).

Les incompatibilités du calomel.

De toutes les préparations mercurielles le calomel est celle dont il est le plus nécessaire de bien connaître les incompatibilités ou plus exactement les réactions chimiques, étant donné que ce sel peut se transformer en sublimé dans certaines conditions. La question de l'incompatibilité pratique du calomel avec le sel marin, et en général avec tous les chlorures, ainsi qu'avec les bromures, les iodures et les cyanures a été souvent étudiée, et si les chimistes concluent au danger de l'association du calomel avec les chlorures ou l'eau de laurier cerise, nombre de praticiens forts de l'expérience journalière, continuent à prescrire le calomel dans les loochs, et ne se croient pas forcés d'imposer le régime déchloruré aux malades qu'ils purgent au calomel. Au point de vue pratique la question est donc loin d'être jugée : mais il semble qu'elle le soit au point de vue chimique, et il importe que les cliniciens soient prévenus de ces incompatibilités — qu'elles aient ou non une application pratique. M. le Dr J. Bonnes vient de publier dans la *Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux* (15 septembre 1907) un article d'ensemble sur les incompatibilités du mercure dont nous extrayons une partie de ce qui concerne le calomel.

Les incompatibilités du calomel sont les suivantes :

Acide chlorhydrique. — Cette incompatibilité n'est plus admise que dans certaines conditions. (Voir plus loin chlorures alcalins.) Pourvu que ce soit à l'abri de l'air, le calomel peut être mis en contact avec l'acide chlorhydrique sans qu'il se forme de chlorure mercurique.

Acide cyanhydrique. — Il y a décomposition du calomel en cyanure mercurique, mercure métallique et acide chlorhydrique libre

Bussy et Buignet voyaient à tort dans l'acide cyanhydrique un agent catalytique capable de décomposer le calomel en bichlorure de mercure et mercure métallique.

Fouquet, s'appuyant sur la thermochimie, a montré que l'action de l'acide cyanhydrique sur le calomel ne peut donner naissance à du bichlorure de mercure. De plus, si, après avoir séparé le mercure métallique par filtration du mélange, on élimine l'acide chlorhydrique avec l'azotate d'argent, on peut retrouver au microscope des cristaux de cyanure mercurique.

Acide lactique. — Formation de bichlorure de mercure.

Albumine — Le calomel se transformerait en sublimé (?).

Alcalis. — Coloration noire.

Alcaloïdes. — *a*) Cocaïne (G. ; *b*) Holocaïne ; *c* Hyoscyamine ; d) Morphine (chlorhydrate) ; *e*) Pilocarpine (chlorhydrate) ; *f*) Quinine (chlorhydrate) ; *g*) Veratrine.

Alcool. — Décomposition lente en mercure métallique et bichlorure de mercure.

Antipyrine. — Solution colorée ; par trituration à sec, il se forme une combinaison toxique.

Benzoate de soude. — On obtient un produit toxique. Cette incompatibilité est due à ce que le benzoate de soude du commerce n'est pas neutre et contient du carbonate de soude.

Bicarbonate de soude. — Transformation en sublimé. Comme pour l'acide chlorhydrique, cette réaction ne se produirait que dans certaines conditions. (Voir Chlorures alcalins.)

Bromures alcalins. — On a du bromure mercureux.

Carbonates alcalins. — Voir bicarbonate de soude.

Chlorures alcalins. — Pour Mialhe, il y a transformation en bichlorure de mercure à la température du corps et en présence de matières

organiques. Dickman a trouvé cette transformation très minime, mais déjà plus sensible au bout de deux jours.

Il est certain que dans un milieu alcalin comme l'intestin, le calomel provoque la formation d'un mélange toxique lorsqu'il est absorbé par la bouche avant l'administration d'un lavement salé. Mais, dans l'estomac, malgré la présence de matières organiques, la transformation par les chlorures est négligeable. Il importe donc peu théoriquement que l'alimentation soit salée, acide ou alcaline. D'ailleurs, à l'état normal, l'estomac contient des chlorures et de l'acide chlorhydrique libre qui décomposeraient le calomel si cette réaction était si facile (Marais).

On admet généralement qu'elle peut néanmoins se produire, mais en présence de l'oxygène de l'air. Sans en tirer de conclusions bien nettes, M. de Lewis a fait l'expérience suivante ; 5 grammes de calomel et 5 grammes de chlorure de sodium sont mis dans un matras avec 100 centimètres cubes de suc gastrique artificiel contenant 2 centimètres cubes d'acide chlorhydrique à 10 pour 100 et 0 gr. 00335 de pepsine. Le tout est porté pendant six heures au bain-marie à 4° (?) La liqueur filtrée donne un précipité brun avec l'hydrogène sulfuré et un précipité rouge avec l'iodure de potassium. La même réaction se produit en présence de peptone et de pancréatine Par contre, Brissemoret et Joanin ont vu qu'après dix-huit mois de contact un mélange d'une molécule de calomel et de deux molécules de chlorure de sodium ne contenait pas la moindre trace de sublimé

De même, Jovane considère comme non fondée l'incompatibilité du calomel avec les chlorures, les acides et les corps albuminoïdes.

Ottolenghi, lui aussi, reconnaît bien qu'*in vitro* et à la température du corps une solution de chlorure de sodium n'agit pas sur le calomel, mais il admet qu'après une prise de ce médicament l'ingestion d'eau salée provoque quelquefois des accidents. Il explique ceux-ci de la façon suivante : en présence des albuminoïdes, de l'acide chlorhydrique et des chlorures, le calomel ne se transforme pas en sublimé, mais il devient simplement plus soluble, d'où absorption en masse.

Deux ans auparavant, Telmon était arrivé à d'autres conclusions, conciliant en quelque sorte les deux théories. Pour lui, avec une solution diluée de chlorure de sodium, le calomel donnerait du sublimé, mais avec l'eau pure il en donnerait une quantité sensiblement égale. Néanmoins, l'ingestion d'une grande quantité d'eau salée ou d'eau pure, après une prise de calomel, ne provoque pas d'empoisonnement, parce que l'absorption du sublimé est nulle dans l'estomac et qu'elle est combattue dans l'intestin par le flux purgatif dû à l'action irritante du sublimé formé Pour l'auteur, le suc gastrique à lui seul agirait sur le calomel en formant du bichlorure de mercure, mais son action ne serait pas sensiblement influencée par le chlorure de sodium.

Sans doute, à l'appui de l'ancienne théorie, le *Moniteur thérapeutique* rapporte le cas du fils d'un médecin ; cet enfant, âgé de cinq ans, ayant pris un bouillon d'herbes salé après 0 gr. 50 centigrammes de calomel, présenta les phénomènes suivants : salivation très abondante, odeur nauséabonde, dents déchaussées. Mais peut-être le calomel était-il altéré, ou bien s'agissait-il là d'une intolérance individuelle.

Patein interprète autrement de tels faits. Discutant deux observations de Rehnauld, il fait remarquer que si les cas d'intoxication signalés étaient dus au sublimé, ils n'auraient certainement pas disparu en vingt-quatre heures : aussi les attribue-t-il à des accidents d'hépatisme occasionnés par des troubles gastriques préexistants.

Quoi qu'il en soit, en présence de tant d'opinions différentes et comme le recommandent plusieurs auteurs, nous croyons préférable de ne pas administrer d'aliments salés en même temps qu'une préparation à base de calomel.

Eau bouillante : Décomposition lente en mercure métallique, sublimé et oxychlorure de mercure.

Eau d'amandes amères : Coloration grisâtre : décomposition et mise en liberté de mercure métallique.

Comme les amandes douces, les amandes amères contiennent un ferment soluble, l'émulsine ; elles renferment en plus un glucoside azoté, l'amygdaline. Ni l'émulsine, ni l'amygdaline ne sont dangereuses prises à un intervalle suffisant,mais leur ingestion simultanée peut présenter des inconvénients. En effet, par distillation des amandes amères, l'émulsine jouant le rôle de ferment, l'amygdaline se transforme en glucose, aldéhyde benzoïque et *acide gastrique*.

Après formation de cet acide en quantité suffisante, les amandes amères peuvent agir sur le calomel et donner naissance à un composé toxique.

Eau de laurier-cerise — Il se forme du cyanure mercurique.

Eau oxygénée. — Ce mélange donne du bichlorure de mercure.

Fer réduit (en présence de l'eau). — Dédoublement en sublimé et mercure métallique.

Iodoforme. — Il se forme de l'iodure de mercure (sous l'influence de la lumière). De plus l'emploi simultané de l'iodoforme et de préparations mercurielles provoque l'apparition d'exanthèmes iodoformiques.

Iodures alcalins. — Formation d'iodure mercureux qui devient rapidement de l'iodure mercurique si la quantité d'iodure alcalin est suffisante.

On sait que l'insufflation de poudre de calomel sur la conjonctive au cours d'un traitement ioduré peut être dangereux. Il y a en effet formation sur la muqueuse de chlorure alcalin et de protoïodure de Hg. Celui-ci en présence d'un excès d'iodure est décomposé à son tour en mercure réduit et ioduré mercurique dont l'action est très irritante pour l'œil.

Magnésie calcinée. — Formation de chlorure mercurique et de mercure métallique.

Matières organiques. — Les tissus animaux réduisent tous plus ou moins le calomel en donnant des vapeurs de mercure.

Sucre de canne. —Transformation en sublimé : elle n'a lieu qu'en milieu humide et dans une atmosphère contenant des traces d'ammoniaque ou d'ozone. Dans ce cas, la chloruration du calomel étant due à l'intervention de l'eau absorbée par le sucre de canne, on peut remplacer ce dernier par du sucre de lait qui n'est pas hygrométrique et provoque à peine la formation du sublimé. (*Tribune médicale*.)

L'atoxyl dans le traitement de la syphilis.

(CHARMEIL.)

L'A. en son nom et au nom de MM. Bertin et Poiteau a lu à la *Soc. méd. du Nord* (15 février 1903) une communication relative à l'emploi de l'atoxyl dans le traitement de la syphilis. L'atoyxl est l'étiquette commerciale du méthylarsinate d'aniline, c'est un sel arsenical. M. Paul Salmon eut l'idée de l'employer systématiquement dans le traitement de la syphilis. Ce sel avait déjà été utilisé pour le traitement de diverses trypanosomiases et c'est probablement ce qui donna l'idée à M. Salmon de l'employer contre la syphilis, dont l'agent pathogène n'est pas définitivement classé ; on discute, en effet, pour savoir si le spirochète de Schaudinn doit être considéré comme un microbe ou un trypanosome.

L'idée de traiter la syphilis par l'arsenic n'est d'ailleurs pas neuve. Ricord avait déjà employé l'arsenic dans le traitement de la syphilis, et il y a quelques années, se présenta dans le commerce, sous le nom d'Enesol, un produit qui n'était autre que du cacodylate de mercure. D'autre part,des produits dérivés de l'aniline ont donné des résultats appréciables dans le traitement de certaines maladies à trypanosome. L'anilroth, en particulier, a été employé contre la maladie du sommeil.

Le Professeur Koch, pendant son séjour en Afrique, a traité par l'atoxyl les nègres atteints de la maladie du sommeil et a obtenu des guérisons ; malheureusement, l'atoxyl n'est pas sans dangers et, employé à hautes doses, il a provoqué de l'amaurose ; — actuellement le traitement qui semble donner les meilleurs résultats dans cette affection, c'est l'emploi de l'atoxyl combiné avec celui de l'anilroth.

Le Dr Salmon déclarait avoir obtenu des effets excellents de l'em-

ploi de ce médicament dans la syphilis. Le Dr Hallopeau a employé à son tour l'atoxyl chez un certain nombre de syphilitiques et ses conclusions sont éminemment favorables à ce médicament : il le considère comme un médicament véritablement spécifique de la vérole, agissant aussi promptement et aussi sûrement que le mercure.

M. Charmeil a traité ou fait traiter par l'atoxyl dans son service un certain nombre de malades atteints de syphilis. La technique et les doses employées ne diffèrent pas de celles du Dr Hallopeau, et les syphilitiques mis au traitement étaient atteints de syphilis au début et non pas de syphilis tardives graves d'accidents, exigeant un traitement d'une efficacité certaine et urgente, le Dr Charmeil estimant que chez de tels malades on ne peut se permettre des expériences.

Or, les résultats obtenus sont loin d'être aussi brillants et aussi encourageants qu'on était en droit de l'espérer après les affirmations des Drs Hallopeau et Salmon.

D'une façon générale, en effet, l'atoxyl n'a jamais empêché chez aucun des malades soumis à ce traitement l'apparition des accidents secondaires de la syphilis. Il faut reconnaître, cependant, que chez un certain nombre l'apparition de ces accidents a été retardée; mais pour retardés que soient ces accidents, ils ne perdent rien de leur caractère ni de leur intensité.

M. Charmeil cite le cas d'un malade présenté à la Société dans une précédente séance et qui avait un chancre du nez ; soumis au traitement par l'atoxyl, on n'avait obtenu aucune amélioration ; le malade finissant par s'impatienter, on se décida à lui faire donner du mercure, rapidement la cicatrisation s'obtint.

M. Charmeil rappelle les expériences faites sur des singes, expériences très favorables à l'atoxyl, puisque chez les animaux inoculés et soumis à ce traitement, il n'apparait aucun accident spécifique : mais il serait imprudent de conclure que, même employé préventivement pendant la période d'incubation, ce médicament serait susceptible de donner les mêmes résultats chez l'homme.

En résumé, l'atoxyl a évidemment une influence sur la syphilis : il semble en ralentir l'évolution, mais il est loin d'avoir l'action curative du mercure, et par conséquent c'est toujours à ce médicament ancien que l'on doit avoir recours et non au nouveau, qu'on ne peut véritablement pas qualifier de médicament spécifique de la vérole.

Ce serait une faute que de délaisser le mercure pour l'atoxyl.

(*Nord médical* 15 février 1908.)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Psoriasis

BALZER et MERLE. — Psoriasis atypique ; localisation sur la muqueuse des lèvres et peut-être sur la muqueuse linguale. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 3, mars 1907.)

DE BEURMANN et FAGE. — Sur un cas de psoriasis aigu très difficile à distinguer d'avec une syphilis secondaire. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 3, mars 1908.)

BROCQ. — Aperçu sur le traitement des diverses formes de psoriasis. (*Progrès méd.*, n° 50, 14 déc. 1907).

D. BULKLEY. — Valeur du régime végétarien absolu dans le traitement du psoriasis. (*Rev. pr. d. mal. cut.*, n° 11, nov. 1907..)

L. D. BULKLEY. — The value of an absolutely vegetarian diet in psoriasis. (*Journ. of Amer Med. Assoc.*, 22 Febr. 1908, vol. L, p. 582-585.)

DONOVAN-FERRARI. — Solution contre le psoriasis. (*Journ. de Med. de Paris* n° 18, 2 mai 1908.)

HALLOPEAU et MACÉ DE LÉPINAY. — Localisations psoriasiques sur des syphilides. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 8, nov. 1906.)

HALLOPEAU et GASTOU. — Sur un nouvel exemple de psoriasis consécutif à une vaccination et sa signification. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 4, avril 1907.

KANOKY. — Psoriasis palmaris syphilitica. (*Amer. Journ. of Derm.*, Febr 1906.)

LEINER. — Psoriasis in Children. (*Amer. Journ. of Derm.*, July 1907.)

MILIAN. — Evolution et examen histologique de l'éruption psoriasiforme par tuberculine. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 3, mars 1907.)

MILIAN. — Un cas de parapsoriasis. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 1, janv. 1907.)

MILIAN. — Nouvelle note sur un cas de parapsoriasis. Réaction à la tuberculine. Examen histologique. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 2, févr. 1907.)

NICOLLE. — La peste en Tunisie en 1907. (Soc. de path. exot. ; in : *Caducée* n° 7, 4 avril 1908.)

L. E. SCHMIDT. — Case of atypical psoriasis vulgaris. (Chicago derm. Soc. Janv. 31, 1907 ; in : *Journ. of cut. dis.*, June 1907.)

Sporotrichoses

DE BEURMANN et GOUGEROT. — Sporotrichoses américaines (Diffusion du Sporitricum Beurmanni). (*Bul. Soc. méd. Hôp.*, n° 18, 28 mai 1908.)

DE BEURMANN et GOUGEROT. — Sporotrichose ; lymphangite noueuse sporotrichosique ascendante. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 6, juin 1907.)

DE BEURMANN et GOUGEROT. — Sporotrichose : présentation de cultures ; pièces humaines et expérimentales. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 1, janv. 1907.)

DE BEURMANN et GOUGEROT. — Note sur un nouveau cas de sporotrichose hypodermique. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 3, mars 1907.)

DE BEURMANN et GOUGEROT. — Un sixième cas de sporotrichose ; sporotrichose hypodermique et dermique. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 4, avril 1907.)

DE BEURMANN et GOUGEROT. — Sporotrichose . Importance pratique et facilité de diagnostic de cette maladie. (*J. des Prat.*, n° 45, 9 nov. 1907.)

DE BEURMANN et GOUGEROT. — Complément à notre quatrième observation de sporotrichose sous-cutanée. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 4, avril 1907.)

DE BEURMANN, GOUGEROT et VAUCHER. — La sporotrichose du rat. (*Bul. Soc. méd. Hôp.*, n° 18, 28 mai 1908.)

DANLOS. — Nouveau cas de sporotrichose. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 2, févr. 1908.)

DANLOS, DEROYE et GOUGEROT. — Sporotrichose : présentation de malade. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 1, janv. 1907.)

FAGE. — Sur un cas de sporotrichose. (*Progrès méd.*, n° 21, 23 mai 1908.)

GASTOU. — Note sur les rapports entre les mycoses pulmonaires et cutanées à propos d'un cas de sporotrichose. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 4, avril 1907.)

GAUCHER et LOUSTE. — Sporotrichose sous-cutanée. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 3, mars 1908.)

GAUCHER et MONIER-VINARD. — Sporotrichose cutanée hypodermique dermique et épidermique. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 4, avril 1907.)

GOUGEROT. — Diagnostic de la syphilis et des sporotrichoses sous-cutanées et cutanées. (*Ann. des mal. vén.*, n° 3, mars 1907.)

GOUGEROT et CARAVEN. — Sporotrichose spontanée du chien. Gommes hypodermiques, péritonite granuleuse et gommes hépatiques. (*Presse méd.*, n° 43, 27 mai 1908.)

LETULLE. — La sporotrichose de la muqueuse bucco-pharyngée. (Soc. de méd. Paris, 13 mars 1908 ; in : *Presse méd.*, n° 24, 21 mars 1908.)

LETULLE. — Sporotrichose de la muqueuse bucco-pharyngée. Diagnostic clinique et anatomo-pathologique. (*Presse méd.*, n° 23, 18 mars 1908.)

LETULLE. — Anatomie pathologique générale de la sporotrichose des muqueuses. (Acad. de méd., 3 mars 1908 ; in : *Presse méd.*, n° 19, 4 mars 1908.)

LETULLE et DEBRÉ. — Sporotrichose cutanée pharyngo-laryngée.(Soc. méd. d. Hôp., 28 févr. 1908; in : *Presse méd.*, n° 19, 4 mars 1908.)

MILIAN. — Diagnostic clinique des gommes (sporotrichose, syphilis, tuberculose). (*Progrès méd.*, n °20, 16 mai 1908.)

RUBENS-DUVAL et MONIER-VINARD. — La sporotrichose. (*Clinique.*, n° 6, 7 févr. 1908.)

Lupus et tuberculose cutanée

ADAMSON. — Lupus or tuberculides ? (D. Soc. of London, Oct. 1906 ; in : *Brit. Journ. of Derm.*, n° 11, Nov. 1906.)

AUDRY. — Leucoplasie et épithéliomatose surtuberculeuse. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 9, déc. 1906.)

BALZER et GALUP. — Lupus érythémateux primitif de la muqueuse de la lèvre inférieure. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 9, juil. 1907.)

BALZER et POISOT. — Lupus avec lymphangiectasies et lymphorrhagies (*Bul. Soc. fr. d. D. et S.*, n° 7, juil. 1906.)

BÉCIGNEUL. — Tuberculose cutanée. Radiothérapie. (Soc. méd.-chir. des hôp. de Nantes, 10 mars 1908 ; in : *Gaz. méd. de Nantes*, 9 mai 1908.)

DE BEURMANN et DEGRAIS. — Traitement du lupus de la face par la photothérapie. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 7, juin 1907.)

DE BEURMANN et GOUGEROT. — Placards érythémato-squameux persistant depuis 6 semaines à la suite d'une cuti-réaction tuberculinique. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 11, déc. 1907.)

DE BEURMANN et GOUGEROT. — Ophtalmo-réaction et cuti-réaction tuberculeuse en dermatologie ; lupus tuberculeux et lupus érythémateux. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 10, nov. 1907.)

BIZARD, DE KEATING-HART et FLEIG. — Lupus tuberculeux de la face (nez et joues), traité par la fulguration (méthode de Keating-Hart). (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 3, mars 1908.)

BLASCHKO. — Que donnent les nouvelles méthodes de traitement du lupus vulgaire et quelles sont leurs indications? (*Rev. pr. d. mal cut.*, n° 5, mai 1907).

BULKLEY. — Lupus erythematosus. (N. Y. Acad. of med., March 5, 1907 ; in : *Journ. of cut. dis.*, June 1907.)

Cipolla. — Ricerche sperimentali sulla presenza dei bacilli tubercolari nelle squame della pityriasis versicolor. (*Giorn. intern. d. Scienze med.*, An. XXIX, 1907.)

Cohn v. Opificius. — Ueber Lupus follicularis disseminatus (Lupus miliaris). (*Arch. f. D. u. S.*, XC. B., 3 H., mai 1908.)

Comby. — La cuti-réaction à la tuberculine chez les enfants. (*Bul. Soc. méd. Hôp.*, n° 17, 21 mai 1908.)

Cranston Low. — Emploi de la tuberculine comme moyen de diagnostic et de traitement. (*Rev. pr. d. mal. cut.*, n° 4, avr. 1906.)

Danlos. — Sur le traitement du lupus tuberculeux. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 7, juin 1907.)

Danlos et Blanc. — Un cas de lupus pernio-symétrique des extrémités. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 9, juil. 1907.)

Danlos, Gastou et Pathaut. — Tuberculose vulvaire et leucoplasie. Note histologique. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 7, juil. 1906.)

Darbois. — Traitement du lupus tuberculeux par la radiothérapie et la photothérapie combinées. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 7. juin 1907.)

Darier et Brissy. — Tuberculides papulo-nécrotiques transformées, *in situ*, en lichen scrofulosorum chez une fillette de 13 ans atteinte de tuberculose osseuse et ganglionnaire. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 9, déc. 1906.)

Fage. — Tuberculose secondaire de la conjonctive.(Soc. franç. d'ophtalm., 6 mai 1908 ; in : *Presse méd.*, n° 41, 20 mai 1908.)

M. Ferrand et J. Lemaire. — Etude clinique et histologique de la cuti-réaction à la tuberculine chez les enfants. (*Presse méd.*, n° 78, 28 sept. 1907.)

Gaucher. — Lupus érythémateux de la face et de la langue. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 6, juin 1907.)

Hallopeau et Boudet. — Sur un lupus érythémateux de la face, guéri unilatéralement par un érysipèle unilatéral. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 1. janv. 1907.)

Hallopeau et Lasnier. — Sur les cicatrices consécutives aux tuberculides papulo-nécrotiques. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 3, mars 1907.)

Hallopeau et Macé de Lépinay. — Sur l'atténuation de la virulence du bacille de Koch chez les lupiques. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 7, juil. 1906.)

Jungmann. — Le progrès dans la thérapeutique du lupus vulgaire. (*Rev. pr. d. mal. cut.*, n° 5, mai 1907.)

Lapowski. — Lupus érythematosus cured or quiescent ? (N. Y. Acad. of Med., March 5, 1907 ; in : *Journ. of cut. dis.*, June 1907.)

Lassueur. — Le traitement du lupus vulgaire par la tuberculine de Béraneck. (*Rev. pr. d. mal. cut.*, n° 11, nov. 1907.)

Lautier. — Nouveau procédé de cuti-réaction à la tuberculine. (*Prov. méd.*, n° 13, 28 mars 1908.)

Leredde. — Traitement du lupus tuberculeux par la tuberculine A. T. (Alttuberculin de Koch). (*Rev. pr. d. mal. cut.*, n° 4, avr. 1906.)

Leredde. — Le traitement du lupus tuberculeux par la tuberculine. (*Rev. pr. d. mal. cut.*, n° 9, sept. 1907.)

Leredde. — Où en est la question du traitement du lupus vulgaire. (*Rev. pr. d. mal. cut.*, n° 5, mai 1907.)

LEREDDE. — A propos des tuberculides. (*Rev. pr. d. mal. cut.*, n° 1, jan. 1907.)

LEREDDE et MARTIAL. — Contribution à l'étude du traitement du lupus vulgaire. Lupus tuberculeux traité par différentes méthodes. (*Rev. pr. d. mal. cut.*, n° 5, mai 1907.)

LEREDDE et MARTIAL. — Contribution à l'étude du traitement du lupus vulgaire. Lupus tuberculeux végétant, limité. Infection en nappe à distance révélée par la tuberculine. Photothérapie. (*Rev. pr. d. mal. cut.*, n° 4, avr. 1907.)

LEREDDE et R. MARTIAL. — Etudes sur le traitement du lupus érythémateux. (*Rev. prat. d. mal. cut.*, n° 3 et 4, mars et avril 1908.)

R. MARTIAL. — La tuberculine en dermatologie. (*Clinique*, n° 23, 7 juin 1907.)

R. MARTIAL. — La maison de santé des lupiques à Vienne. (*Rev. pr. d. mal. cut.*, n° 2, févr. 1906.)

MELVIN. — Treatment of lupus apart from « Light » methods. (*Amer. Journ. of Derm.*, Febr. 1907.)

MILIAN. — La nature tuberculeuse du pityriasis rubra pilaris. (*Bul. Soc fr. D. et S.*, n° 11, déc. 1907.)

MORESTIN. — Adénite cervicale tuberculeuse extirpée par l'incision esthétique rétro-auriculaire. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 3, mars 1907.)

MORESTIN. — Le traitement opératoire du lupus. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 7, juin 1907.)

MORESTIN. — Tuberculose linguale. (*Bul. Soc. fr. D. et .S*, n° 9, juil. 1907.)

MORESTIN. — Cancer sur un lupus de la face. Extirpation. Greffes dermo-épidermiques. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 10, nov. 1907.)

MORESTIN. — Tuberculose cutanée. Extirpation, greffe italienne. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 7, juil. 1906.)

ORMSBY.— Case of tubercular ulceration of the troat. (Chicago derm. soc., jan. 31, 1907 ; in : *Journ. of cut. dis.*, June 1907.)

RÉNON et MONCANY. — Tuberculose de l'amygdale. (Soc. anat., 1er mai 1908 ; in : *Presse méd.*, n° 38, 9 mai 1908.)

SABOURAUD. — Pronostic de l'ulcération linguale tuberculeuse. (*Clin.*, n° 1, 3 janv. 1908.)

Th. SMITH. — Lésions des membranes muqueuses dans le lupus érythémateux. (*Rev. pr. d. mal. cut.*, n° 6, juin 1907.)

SPITZER. — La tuberculose cutanée et muqueuse par inoculation et auto-infection. (*Rev. pr. d. mal. cut.*, n° 4, avr. 1907.)

TROISFONTAINES. — Traitement du lupus tuberculeux par le chlorure d'antimoine. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 7, juin 1907.)

WHITEHOUSE.— Tuberculosis verrucosa cutis, with remote secondary tubercular gummata of the skin. (N. Y. derm. Soc., March 26, 1907 ; in : *Journ. of cut. dis.*, June 1907.)

WICKHAM et DEGRAIS. — Un cas de lupus érythémateux et eau radifère. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 9, juil. 1907.)

WICKHAM et DEGRAIS. — Action thérapeutique du radium dans la tuberculose cutanée. (*Presse méd.*, n 16, 22 févr. 1908.)

Prostitution — Prophylaxie — Varia

H. d'Almfras. — Saint-Lazare pendant la Révolution. (*France méd.*, n° 9, 10 mai 1908.)

F. Bernart. — Venereal prophylaxis for men.(*Amer. Journ. of Derm.*, Jan. 1906.)

F. Block. — « Aerztliche Aufsicht über unkontrollierte Prostituierte. (*Zeits. f. Bek. Gesch.*, B. VI, H. 1, Febr. 1907.)

Carle. — Discussion du rapport sur la prophylaxie anti-vénérienne. (*Ann. d. mal. vén.*, n° 3, oct. 1906.)

Dohrn.— Ueber die Häufugkeit der Geschlechtskrankheiten auf Grund der Untersuchung von Gefangenen. (*Zeitschr. f. Bek. d. Geschl.*, B.VI, H. 1, Febr. 1907.)

Ferdy. — Die Sexualetluk des Herrn Dr. Siebert und Ethik als Wissenschaft. (*Zeitsch. f. Bek. d. Geschl.*, B. VI, H. 10, Dez. 1907.)

Gaucher. — La pommade au calomel. (*Ann. d. mal. vén.*, n° 3, oct. 1906.)

Güth. — Sittenpolizei und Hygiene der Prostitution. (*Zeitsch. f. Bek. d. Geschl.*, B. VI, H. 3, März 1907.)

Güth. — Prostitutionspolitik und Sittenpolizei. (*Zeitsch. f. Bek. d. Geschlecht.*, B. VIII, H. 2, u. 3, Apr u. Mai. 1908.)

Mc Hatton. — The sexual status of the negro-past and present. (*Amer Journ. of Derm.*, Jan. 1906.)

Mutz. — Marriage and divorce. (*Amer. Journ. of Derm.*, Jan. 1906.)

Pfannenstiel. — Ueber der Einfluss der Geschlechtskrankheiten auf die Fortpflanzungsfähigkeit des Weibes. (*Zeitsch. f. Bek. d. Gesch.*,B. VI, H. 2, Febr. 1907.)

Siebert. — Sexualethik und Sexualpädagogik. (*Zeitsch. f. Bek. d. Geschl.* B. VI, H. 7, sept. 1907.)

Toulzac. — Attentat aux mœurs, dégénérescence mentale avec hyperesthésie sexuelle et permanence morbide de l'instinct génital, responsabilité atténuée. (*Journ. de méd. Paris*, n° 1, 5 janv. 1908.)

Wylm et Coulonjou. — La morale sexuelle. (*Progrès méd.*, n° 27, 6 juillet 1907.)

A propos du dernier article de M. Lebon : Prostitution et règlementation. (*Clin.*, n°s 5 et 6, 31 janv. 7 févr. 1908.)

Projet de loi concernant la prostitution et la prophylaxie des maladies vénériennes en France dressé par la Commission extra-parlementaire chargée d'étudier le régime des mœurs. (*Sem. méd.*, n° 13, 25 mars 1908.)

Blennorrhagie — Gonocoque — Varia

Audry et Boyreau. — Epididymite blennorrhagique suppurée ; funiculite phlegmoneuse avec vaste abcès du canal inguinal. (*Bul. Soc. f. D. et S.* n° 7, juil. 1906.)

Baldwin Wylie. — Gonorrhœal ophtalmia of the new-born. (*Amer. Journ. of Derm.*, jan. 1906.)

Balas. — L'iléus comme complication de l'épididymite blennorrhagique. (*Deut. med. Woch.*, n° 15, 9 avril 1908.)

Balzer et Galup. — Chancre mixte et blennorrhagie de la région ano-rectale. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 9, juil. 1907.)

Balzer et Merle. — Kystes congénitaux du raphé du pénis infectés par le gonocoque. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 4, avril 1907.)

Cathelin. — La coopérite aiguë blennorrhagique. (*Ann. d. mal. vén.*, n° 5, déc. 1906.)

Chute. — Chronic gonorrheal prostatitis. (*Am. J. of Derm.*, Febr. 1907.)

Dind et Métraux. — Quelques remarques sur les accidents testiculaires d'origine blennorrhagique. (*Ann. des mal. vén.*, n° 2, févr. 1908.)

Finley. — The relations of gonorrhea to pregnancy and parturition as viewed by a general practitioner. (*Amer. Journ. of Derm.*, Febr. 1907.)

Fuller. — A further report on the cure of gonorrhœal rheumatism through seminal vesiculotomy. (*Amer. Journ. of Derm.*, March 1906.)

Gamble. — Dinagostic value of leucorrhœa. (*Amer. J. of D.*, déc. 1906.)

Griffon. — Diagnostic de la blennorrhagie dès la période d'incubation par la culture sur sang gélosé. (*Ann. d. mal. vén.*, n° 2, févr. 1907.)

Hallopeau et Bardet. — Sur un trajet fistulo-gonococcique du fourreau. (*Bul. Soc. fr. D et S.*, n° 3, mars 1907.)

Hallopeau et Macé de Lépinay. — Sur une arthropathie psoriasique aiguë blennorrhagiforme (variété nouvelle). (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 7, juil. 1906.)

Irvine. — Symptoms and diagnosis of chronic gonorrhœa in the male. (*Amer. Journ. of Derm.*, déc. 1907.)

F. M. Johnson. — Certain diseases of the kidney, the sequelae of gonorrhea and their treatment. (*Amer. Journ. of Derm.*, Febr. 1907.)

Kolischer. — Gonorrheal urethritis in women. (*Amer. Journ. of Derm.*, May 1907.)

Lemoine et Gallois. — La pleurésie blennorrhagique. (Rev. prat. d. ma d. org. gén.-ur., 1er mars 1905 ; in : *Rev. pr. d. mal. cut.*, n° 2, févr. 1906.)

Longaker. — Gonorrhea in its relation to puerperal morbidity. (*Amer. Journ. of Derm.*, June 1907.)

Möller. — Ist eine Gonorrhoe-kontrolle möglich ? (*Zeitsch. f. Bek. d. Geschl.*, B. VI, H. 7 u. 8, sept. 1907.)

Neuberger. — Studies of the pus in gonorrheal secretions. (*Amer. Journ. of Derm.*, April 1907.)

Parker. — Post-Gonorrheal infection of the female urethra. (*Amer. J. of D.*, déc. 1906.)

Peterkin. — Technic employed in diagnosing inflammatory conditions of prostate and seminal vesicles. (*Amer. Journ. of Derm.*, August. 1907.)

Pinkus. — Beitrag zur Statistik der Gonorrhoe-Infektion. (*Monatsh. f prakt. Derm.*, B. 46, n° 10, 15 mai 1908.)

Pulido Martin. — El peligro blenorragico. (*Rev. esp. d. D. y S.*, n° 104, Ag 1907.)

Schoeler. — Infection gonococcique ayant eu pour porte d'entrée le tégument externe. (*Rev. int. de clin. et thér*, 1908, p. 227.)

C. S. Stern. — Pathology, symptoms and diagnosis of urethral stricture. (*Amer. Journ. of Derm.*, July 1907.)

Sweitzer.— Gonorrheal arthritis or metastatic complications of gonorrhea. (*Amer. Journ. of Derm.*, nov. 1907.)

R. W. Taylor. — Gonococcus in disease (role of the). (*Amer. Journ. of Obstetr.*, jan. 1908.)

Truffi.— Modifications de la glande mammaire chez l'homme, au cours des affections blennorrhagiques. (*Rev. pr. d. mal. cut.*, n° 3, mars 1906.)

Yudice. — Zur Statistik des Trippers beim Manne und seiner Folgen für die Ehefrau und Kinderzahl. (*Derm. Centr.*, Juli Nr. 10, und Aug. 1907, n° 11.)

Blennorrhagie — Uréthrite — Traitement

Barnett. — Perineal section for obstruction of prostatic urethra. (*Amer. Journ. of Derm.*, nov. 1907.)

Bazy. — Traitement des rétrécissements compliqués de l'urèthre chez l'homme. (*J. des. Prat.*, n° 43, 26 oct. 1907.)

Bernd. — Treatment of chronic urethritis in the male. (*Amer. Journ. of Derm.*, March 1906.)

Bouchet. — L'ion zinc dans les infections gonococciques. (*Presse méd.*, n° 88, 30 oct. 1907.)

Carle. — Essai de traitement abortif de la blennorrhagie aiguë par les injections précoces et répétées. (*Rev. pr. d. mal. d. org. gén.-ur.*, n° 22, 1er sept. 1907.)

Clark. — The treatment of acute gonorrhoea. (*Amer. Journ. of Derm.*, March. 1906.)

H. Davids.— Emploi des grands lavages d'après la méthode de Kalt dans le traitement de la blennorrhée des adultes. (Klin. Monatsblät. f. Augenheilk, août-sept. 1907 ; in : *Bul. gén. de thér.*, 8 mai 1908.)

Dreysel.— Arhovin als internes antigonorrhoicum bei der Gonorrhee des Mannes. (*Fortschritte der Medizin*, 10 Februar 1908.)

Duhot. — Un cas d'épididymite blennorrhagique chronique guérie par l'épididymotomie. (*Rev. pr. d. mal. d. org. gén.-ur.*, n° 19, 1er mars 1907.)

Frick. — Treatment of gonorrhea of the anterior urethra and some of its complications. (*Amer. Journ. of D.*, oct. 1906.)

W. Fuller.—The non-surgical treatment of prostatic enlargement. (*Amer. Journ. of Derm.*, jan. 1907.)

Gomez. — Tratamiento de la blenorragia en la mujer. (*Rev. esp. d. D. y S.*, T. VIII, N. 93, sept. 1906.)

Guisy. — L'uréthrite chronique et son traitement. (*Rev. prat. d. mal. d. org. gén.-urin.*, n° 16 et 17, 1er sept. et 1er nov. 1906.)

C. S. Hirsch. — Iodine. Its employement in genito-urinary diseases. (*Amer. Journ. of Derm.*, Aug. 1907.)

Holliday. — The advantages of a thorongh treatment of acute gonorrhea. (*Amer. Journ. of Derm.*, nov. 1907.)

Livermore.—The treatment of chronic posterior gonorrhœa.(*Amer.Journ. of Derm.*, Aug. 1907.)

Lott — Perineal section for organic stricture of the urethra with method of closure. (*Amer. Journ. of Derm.*, nov. 1907.)

G. Luys. — Diagnostic et traitement de « l'échauffement uréthral ». (*Clin.*, n° 7, 14 févr. 1908.)

I. A. Mitchell. — Observations in the treatment of chronic prostatitis. (*Amer. Journ. of Derm.*, March. 1906.)

Neisser. — Traitement de la blennorrhagie. (*Journ. de méd. de Paris*, n° 6. 8 févr. 1908.)

Pousson. — Sur le traitement des rétrécissements de l'urètre. (Soc. de chir., 5 févr. 1908 ; in : *Presse méd.*, n° 12, 8 févr. 1908.)

Raoult-Deslongchamps. — Le traitement de la blennorrhagie chronique par l'ion-zinc. (*Journ. de méd. de Paris*, n° 3, 17 janv. 1908.)

C. E. Rogers. — Action of the new light rays in cystitis and deep urethral inflammation. (*Amer. Journ. of Derm.*, Aug. 1907.)

Roucayrol. — De l'utilité d'un suspensoir de la verge dans l'uréthrite aiguë. (*Clin.*, n° 52, 27 déc., 1907.)

Sears. — Some of the medicines used in the treatment of gonorrhœa. (*Amer. Journ. of D.*, déc. 1906.)

Serrallach. — Las injecciones y los grandes lavados uretrovesicales en la blennorragia. (*Rev. esp. de D. y. S.*, T. VIII, Agosto 1906, n° 92.)

Wolbarst. — A few therapeutic comments on acute gonorrhea. (*Amer. Journ. of Derm.*, March 1907.)

Uhle. —The local application of magnesium sulphate solution in the treatment of gonorrheal epididymitis. (*Amer. Journ. of Derm.*, May 1907.)

Vaughan. — The treatment of enlargement of the prostate gland. (*Amer. Journ. of Derm.*, Febr. 1907.)

Thérapeutique — Agents physiques

Ehrmann. — Expériences sur l'action de la lumière dans l'hydroa estival (Bazin), éruption estivale (Hutchinson). (*Rev. pr. d. mal. cut.*, n° 3, mars 1906.)

Foveau de Courmelles. — Les étincelles de haute fréquence et les affections cutanées. (*J. des Prat.*, n° 6, 8 févr. 1908.)

Juettner. — The clinical uses of blue light. (*Amer. Journ. of Derm.*, Febr. 1907.)

Maar. — Die Tiefenwirkung der Finsen-Reyn-Lampe und der Kromayer-Lampe. (*Arch. f. D. u. S.*, XC. B, 1 u. 2 H., Apr. 1908.)

Pascault. — Justification scientifique des bains d'air et de soleil. (*J. des Prat.*, n° 44, 2 nov. 1907.)

Riedel. — Contribution thérapeutique au traitement des maladies de la peau par la lumière de l'arc voltaïque. (Münch. med. Woch., 31 mars 1908 ; in: *Rev. de thér. méd. chir.*, 1908, p. 320.)

J. A. Riviere. — Effluves et étincelles de haute fréquence pour la cure rationnelle des tumeurs malignes. (*Gaz. d. Hôp.*, n° 130,14 nov. 1907.)

TRAVAUX ORIGINAUX

LE CHANCRE TUBERCULEUX

Par M. le Dr Henri MALHERBE

Dans ces dernières années, la dermatologie a fait de grands progrès dans l'étude des manifestations cutanées de la tuberculose.

Actuellement, on conçoit l'ensemble de ces manifestations de la manière suivante :

Il existe un premier groupe de lésions cutanées où se trouve le bacille de Koch et qui sont *inoculables* aux animaux. Ce sont les *tuberculoses cutanées proprement dites.*

Un deuxième groupe renferme des éruptions dans lesquelles on ne peut trouver de bacille de Koch et dont l'inoculation aux animaux *est toujours négative* : c'est la classe, encore discutée, des *tuberculides.*

Ces deux groupes renferment les dermatoses suivantes que nous allons énumérer rapidement.

I. — *Tuberculoses proprement dites.*

1° L'ulcère tuberculeux vrai.

2° Les gommes scrofulo-tuberculeuses et la lymphangite tuberculeuse.

3° Les tuberculoses suppuratives.

4° Les tuberculoses végétantes.

5° Les tuberculoses cutanées avec calcification de la peau.

6° Le tubercule anatomique de la tuberculose verruqueuse ou lupus scléreux papillomateux.

7° Le lupus vulgaire et ses variétés.

II. — *Tuberculides.*

1° Lupus érythémateux.

2° Lichen des scrofuleux.

3° Erythème induré de Bazin.

4° Tuberculides proprement dites (folliclis, acnitis, etc).

4° Sarkoïdes de Bœck.

6° Eruptions érythémateuses généralisées,

7° Enfin, avec nécessité de revision ; lupus pernio, Pityriasis

rubra d'Hébra, eczéma scrofuleux de Bœck, angiokératome de Mibelli (1).

Nous ne songeons nullement dans le présent travail à passer en revue ces divers types de dermatoses, mais nous avons cru utile de rappeler rapidement ces généralités pour mieux pouvoir ensuite limiter notre sujet et faire mieux saisir le fait particulier qui est l'objet de cette notice.

Nous ne nous occuperons donc que du premier type de lésion présentée par le groupe des tuberculoses cutanées, de l'ulcère tuberculeux vrai.

Ordinairement, inoculation accidentelle de la tuberculose à la peau, cette lésion offre des aspects objectifs qui peuvent varier.

Placée le plus souvent dans la région anale, on la rencontre aussi sur la lèvre supérieure ou inférieure, au pourtour des narines, sur la main, l'avant-bras, enfin au niveau de la vulve ou sur la verge. Habituellement, le porteur est un tuberculeux pulmonaire ou intestinal.

Dans la grande majorité des cas, cet ulcère tuberculeux présente les allures suivantes : ulcération unique ou multiple à bords taillés à pic, décollés, à tendances lentement extensives, à fond parfois parsemé de petites saillies jaunâtres miliaires, situées surtout sur les bords, les unes fermes, les autres ramollies.

Mais à côté de ce type, en quelque sorte classique, l'ulcération tuberculeuse affectera bien d'autres formes, elle pourra même emprunter la physionomie particulière à une autre lésion, et c'est ainsi qu'on pourra la voir simuler, à s'y méprendre, le chancre syphilitique.

Elle constitue alors ce que l'on a appelé le chancre tuberculeux.

Mais ici il faut préciser et bien s'entendre sur ce terme de *chancre tuberculeux*.

Beaucoup d'auteurs désignent sous ce vocable « toute lésion primitive due à l'inoculation accidentelle du bacille de Koch au tégument ». Quelle que soit d'ailleurs la forme de la lésion on peut l'admettre, mais il y a des cas où l'élément éruptif mérite doublement ce nom de chancre tuberculeux, d'abord par analogie avec l'accident initial de la syphilis, ensuite par sa ressemblance frappante avec cette lésion, à tel point que le diagnostic différentiel

(1) Brocq. — *Traité élémentaire de dermatologie*, T. I. page 553 et suiv.



est des plus ardus, parfois impossible de prime abord. C'est à de semblables faits, croyons-nous, qu'il conviendrait surtout de réserver l'étiquette de chancre tuberculeux.

Ces faits de chancres tuberculeux à aspect objectif de chancre spécifique ont surtout été vus sur la verge (1) ; ils sont rares. Ce genre de lésion peut, on le conçoit, s'observer ailleurs qu'à la verge. Ces faits sont encore plus rares que les précédents. Dernièrement, dans le *Progrès médical,* Fage vient d'en publier un cas observé dans le service de Brocq ; en voici un nouvel exemple qu'il nous a été donné de voir cette année :

Observation. — Le 14 mars dernier, on amène à la consultation de notre clinique une sœur employée dans un hospice servant d'asile à des vieillards. — C'est une femme d'une quarantaine d'années, au teint pâle, assez maigre. Elle a toujours eu une santé délicate. Il y a un an environ, elle a été atteinte d'une pleurésie gauche assez grave. Tous les matins, la malade tousse et crache. Si on l'ausculte, on trouve à la base du poumon gauche les traces de son ancienne pleurésie. Au sommet gauche, il y a matité à la percussion en arrière et obscurité respiratoire ; en avant, du même côté, sous la clavicule, on perçoit nettement un souffle et râles fins à la fin de l'expiration. A droite, en arrière, au sommet également, grande obscurité respiratoire.

L'examen microscopique des crachats décèle de nombreux bacilles de Koch. Les forces sont minimes. L'appétit médiocre.

Sur les antécédents héréditaires nous n'apprenons rien de particulier. — La malade vient nous trouver pour une ulcération bizarre qu'elle porte depuis 8 à 10 semaines sur la main droite. Au niveau de l'articulation phalango-métacarpienne du pouce s'étale une lésion ulcéreuse, à peu près ovalaire et ayant dans son grand axe 4 à 5 centimètres, dans son petit diamètre 2 centimètres. Le grand axe est parallèle à l'axe du doigt. Cette ulcération est recouverte d'une croûte faite de sérosité et de sang desséchés, peu épaisse.

L'ulcération paraît superficielle. Elle est portée par une base de tissus enflammés et infiltrés. Prise entre deux doigts au ras de ses bords, elle offre une certaine dureté. En somme, dans l'ensemble, on dirait un chancre syphilitique ecthymateux, peu induré. Cet aspect s'accuse même davantage si l'on enlève la croûte sous laquelle on trouve une surface rouge sombre, lisse, à peine suintante (Fig. U).

Ce serait donc là le diagnostic qui s'imposerait, si un nouvel élément ne venait permettre de préciser et d'éviter l'erreur due à l'habitus extérieur de la lésion. Partant de cet ulcère et remontant le long du métacarpien du pouce pour s'arrêter au neviau du poignet, à 2 centimètres de la saillie formée par l'extrémité inférieure du radius, sont deux traî-

(1) Moutrier. — Th. Paris 1896, Ch. tuberculeux de la verge. Wickham et Gastou, Soc. Derm,, 18 avril 1896.

nées lymphatiques très nettes (Fig. T. T.) qui dessinent sous la peau deux cordons rouges et enflammés, perceptibles au doigt. Ces deux traînées lymphatiques aboutissent chacune à une nodosité grosse comme un pois, visible à l'œil et que l'on sent sous le doigt. Ce sont deux gommes intradermiques à la période de crudité. Elles existent depuis 3 semaines. L'ensemble de ces lésions est peu douloureux (Fig. G. G.)

Nous sommes donc ici en présence d'une ulcération tuberculeuse pri-



Collection Dr Henri MALHERBE, 1908

CHANCRE TUBERCULEUX

U. Ulcération tuberculeuse.
T. T'. Traînées lymphatiques.
G. G'. Gomme tuberculeuse.

mitive de la peau à aspect de chancre spécifique avec lymphangite tuberculeuse aberrante aboutissant à deux gommes tuberculeuses intradermiques au début.

Comment a pu se faire cette inoculation ? De la façon suivante : la malade, faisant office de lingère dans la communauté, porte continuellement aux mains des éraflures causées par les épingles dont elle se sert ; toussant et crachant continuellement dans son mouchoir, elle a pu en

s'essuyant la bouche souiller une de ces écorchures avec des parcelles de crachats bacillifères. Ce mode d'inoculation de la tuberculose cutanée aux mains par sputation est fréquent chez les tuberculeux pulmonaires. La patiente décrit ainsi le début de son mal : Sur une écorchure minime est venu un bouton rouge un peu sensible, bientôt surmonté d'une tête blanche (vésicule). La malade a crevé cette tête blanche et alors est venue une croûte. Cette croûte, arrachée à maintes reprises, se reformait toujours sur une ulcération de plus en plus large et qui finit par recouvrir toute le tête articulaire du pouce et du métacarpien. C'est à ce moment que cette religieuse nous fut montrée.

Traitement général. — Tonique et reconstituant, cure d'air.

Traitement local. — Pointes de feu fines et profondes sur toute l'ulcération et sur les gommes, pansements à l'emplâtre Vigo.

Revue dans le courant du mois d'avril, la malade allait beaucoup mieux et était en voie de guérison quant à ses lésions cutanées.

Réflexions. — Si l'on a lu avec attention l'observation précédente, on a pu voir jusqu'à quel point l'ulcération tuberculeuse du pouce jouait le chancre spécifique. Le diagnostic différentiel eût été impossible sans les autres lésions qui venaient éclairer la question d'une façon manifeste. Ces faits sont donc utiles à connaître pour le praticien, malgré leur peu de fréquence. Et comme nous le disions, au début de cette étude, il vaudrait mieux réserver le terme de chancre tuberculeux pour ces seuls cas.

DERMATITE HERPÉTIFORME DE DÜHRING GUÉRIE PAR LES RAYONS X.

Observation recueillie à la Consultation dermatologique et vénérologique de l'hôpital municipal d'Odessa et à l'Institut rœntgenologique du Dr Rosenblat, à Odessa.

Par G. S. GLAVTCHÉ

Chef de la consultation pour les maladies vénériennes et de la peau à l'hôpital municipal d'Odessa

L'observation suivante nous paraît digne d'intérêt à trois points de vue. Premièrement, l'action curative et bienfaisante des rayons X s'y manifesta d'une façon tout-à-fait indiscutable, on pourrait dire avec une précision toute mathématique; secondement, en raison de la gravité de la dermatose en question et des difficultés bien connues de la guérison, chaque succès thérapeutique y gagne autant de valeur. Troisièmement, à ce que je sache, il n'a pas été publié d'autre cas de guérison ou — au moins — d'amélioration par les rayons X dans cette affection.

Les dates anamnestiques de l'observation — en abrégé — se présentent ainsi.

Le malade, Isaac Br..., âgé de 22 ans, vint pour la première fois à la consultation de l'hôpital municipal d'Odessa en été de 1903 et y prolonge ses visites, jusqu'au commencement de l'an 1906. Au début le siège de son éruption était seulement la verge ; dès l'automne de 1904, elle se propagea sur l'extrémité supérieure droite.

Cette dermatose était constituée par des vésicules minuscules, atteignant à peine les dimensions d'une tête d'épingle, bien remplies, à surface tendue, localisées presque exclusivement au pourtour des placards anciens. Ces vésicules en éclatant, en se rompant, se desséchaient en croûtes. Après les avoir enlevées, on pouvait voir une surface lisse, suintante, rouge, érosionée et même parfois sanguinolente. Tout cela donnait au malade des sensations de démangeaisons et de cuissons brûlantes. L'éruption disparaissait sans laisser de cicatrices ; à sa face il ne restait qu'une hyperchromie et une hyperémie transitoire. Cette dermatose paraissait ne pas avoir de tendance envahissante et restait toujours limitée au foyer initial : les nouvelles poussées se groupaient ordinairement au pourtour des placards déjà en voie de guérison.

Sur la verge, l'éruption envahissait le tronc, le gland et se propageait même sur l'orifice de l'urètre, l'urine en s'écoulant irritait la muqueuse lésée, ce qui ne faisait qu'augmenter les douleurs et les cuissons, assez vives ici et sans cela. Au membre supérieur droit, la dermatose se localisait au bras (un placard large deux fois comme la paume de la main) et presque sur toute la surface de l'avant-bras. Une fois apparue l'éruption ne disparut point et s'y maintint plus de deux ans à la verge et toute une année à l'extrémité supérieure, ce qui tourmentait infiniment le malade. L'affection se montrait rebelle à tout traitement externe (onguents, pâtes, compresses, pansements) et interne (l'arsenic, liqueur de Fowler à hautes doses, administrée par voie buccale pendant des mois).

L'état de santé général resta toujours très satisfaisant. Tout ce syndrome (éruption vésiculeuse, localisation herpétiforme au pourtour des foyers anciens ; sensations subjectives ; état général non ébranlé ; persistance de la dermatose et toute la marche

clinique de la maladie) nous suggère l'idée qu'il s'agit ici d'une *dermatite herpétiforme de Dühring*. La seule objection qu'on pourrait y faire, c'est que l'éruption n'avait pas une disposition symétrique et ne siégeait que sur un seul bras. Sauf çà c'est—il n'y a pas à dire —le type clinique parfait de la dermatite de Dühring. Comme on le sait, cette variété morphologique fut éliminée par l'auteur américain de l'entité nosologique du pemphigus, et — en vérité — notre cas correspond fidèlement à un certain type de pemphigus décrit sous le titre de *Pemphigus serpiginosus* (*repens*) *pruriginosus chronicus* par le regretté chef de l'Ecole viennoise, le prof. Kaposi. A cette variété sont particuliers les caractères suivants: dimensions minuscules des vésicules, tendance herpétiforme à localisation en placards, prurit et absence de repercussion de la dermatose sur l'état de santé général, du reste bonne tout le long de la maladie. Mais de quel nom désigner l'affection cutanée en question : *Dermatite herpétiforme de Dühring* ou *pemphigus repens pruriginosus* ? L'essentiel est que c'est une dermatose à type *bulleux*.

Le mécanisme intime des affections bulleuses consiste, ou — à vrai dire — paraît consister en cela, que la peau — influencée par quelques facteurs nocifs dont l'essence nous échappe complètement — se prive quasiment de la propriété normale d'adhérence mutuelle des cellules épidermoïdales entre elles et de l'épiderme entier avec le corium sous-jacent. Il en résulte ici (entre la stratification de Malpighi ou entre toute cette couche en bloc et la cutis propria) — des scissures, qui se remplissent vite de sérosité, contenant aussi quelques éléments cytologiques. Tout cela aboutit à la formation des *bulles*. Leur apparition ininterrompue et prolongée fait le type clinique des *pemphigus*.

La formation des scissures interépidermoïdales larges et vastes, l'apparition fréquente des grandes bulles non seulement sur la peau, mais aussi sur les muqueuses — tout cela fait les variétés de Pemphigus à issue fatale (P. foliacé) ; l'évolution de bulles discrètes, à longue échéance, confinées à certains endroits — c'est le tableau clinique des variétés — soi-disant — bénignes, qui aboutissent à la guérison. Mais on peut toujours observer des faits de passage entre les formes bénignes et malignes de pemphigus. Il est vrai que la *dermatite herpéti-*

forme de Dühring est envisagée comme un type nosologique bien défini et limité; d'après nombre d'auteurs, c'est une entité morbide tout-à-fait à part. Et tout de même on y compte aussi des faits de passage. C'est comme cela que nous le dit le prof. A. J. POSPELOF dans son «Traité des maladies cutanées» (en russe, 1905) : « G. Weitzmann a eu l'occasion de voir une *dermatite herpétiforme de Dühring revêtir au commencement* les trois caractéristiques du pemphigus, à se méprendre, et puis après, au cours de la maladie, ressembler beaucoup à l'*impétigo herpétiforme de Hebra*. Les observations de cette espèce nous obligent à admettre des formes de passage entre ces dermatoses et, par conséquent, nous font penser à la possibilité d'une étiologie commune qui les engendre. Cette hypothèse est raffermie par notre observation publiée en 1897 : c'était un cas d'existence *simultanée de l'impétigo herpétiforme de Hebra* et de la *dermatite herpétiforme* de *Dühring* sur *le même malade.* »

La résultante de tout ce qui a été dit, c'est le fait, que nous avons devant nous une dermatite *herpétiforme de Dühring*—dermatose vésiculeuse, rapprochée du pemphigus, parfois s'y confondant. Le phénomène caractéristique — du moins en apparence — de cette dermatose, c'est l'altération profonde des propriétés physiologiques de l'épiderme — l'abolition de l'adhérence normale intercellulaire et formation des scissures remplies de sérosités, qui se constituent en bulles. Il a été déjà mentionné que pendant deux années on a tout fait pour guérir la maladie ou—du moins — soulager le malade, toutes nos tentatives thérapeutiques, énergiques et prolongées, ont échoué. La dermatose rebelle et indomptée faisait souffrir le malade par ses cuissons et démangeaisons et l'importunait beaucoup par la présence ininterrompue des surfaces érosionnées au bras et sur la verge. Sans ébranler l'état de santé général, l'affection néanmoins l'empêchait de s'adonner à son métier et le réduisait à l'inactivité.

C'est alors, qu'en désespoir de cause, fatigué et découragé d'une telle impuissance thérapeutique, on eut l'idée de faire une nouvelle expérience et de recourir aux rayons X. — Tentative empirique! dira-t-on.— Assurément, mais qu'il nous soit permis de présenter les objections suivantes : Premièrement, nous avions à compter avec deux facteurs— d'ordre théorique et hypothétique il est vrai —qui se présentaient comme tels : la dermatite



herpétiforme — d'un côté — qui paraît être la conséquence *d'une déviation singulière des propriétés cytologiques épidermoïdales normales à cause inconnue* ; de l'autre, nos connaissances sur les rayons X nous disaient, qu'ils sont privés de force bactéricide, que leur action atrophiante sur les tissus vivants correspond à la quantité de l'énergie actinienne et qu'elle est précédée souvent par l'influence stimulante et activante des mêmes tissus; en un mot, nous plaçant sur le terrain des généralités et ici seulement redevenant scientifiquement exacts — *les rayons X modifient et altèrent profondément les propriétés biologiques des tissus (resp. et de la peau)*. Et voici que nous avons devant nous l'un à côté de l'autre, l'*affection qui a dévié et altéré les propriétés normales des tissus* (leur adhérence épidermoïdale intercellulaire) et *le remède à influence puissante sur les mêmes éléments cellulaires.* Toutes ces considérations vagues — il est vrai — et d'ordre trop général nous suggérèrent l'idée d'éprouver l'efficacité fortuite des rayons X contre la maladie en question. Ensuite, comme la première condition d'une expérience quelconque est de ne pas nuire aux tissus malades, il fallait ne faire usage de l'énergie actinienne qu'avec une grande précaution et se garder de dépasser les doses qui se sont manifestées comme inoffensives pour diverses dermatoses. Et par-dessus tout, fallait-il l'expérimenter de telle manière qu'on puisse, d'après l'effet des rayons sur la peau, évaluer la force et le mode de son action curatrice. C'est pourquoi il a été décidé de soumettre au traitement non pas toute la surface cutanée malade ensemble, mais seulement quelque petite partie d'icelle. Tout ça fut longuement discuté et élucidé en collaboration avec mon très estimé confrère, M. le docteur J.M. Rosenblat ; après quoi on soumit le malade au traitement actinien à l'Institut rœntgénologique du Dr Rosenblat. Voici quel a été l'effet du traitement. Mais laissons parler mieux le journal même, fait à la consultation où des notes ont été prises au jour le jour à chaque visite du malade. Voici quelques extraits de ce document. —A partir du 2 août 1905, jusqu'au 27 du même mois, on a appliqué les rayons X sur l'*avant-bras* (partie inférieure) *sept fois.* Ampoules demi-dures ; distance 7 cent., longueur de la séance 5 minutes. Le 27 août, on lit dans le journal : « Sur les parties qui ont été éclairées aux rayons X il n'y a pas de suintement ; *au bras et sur la verge quantité de vésicules.* On a fait à



l'avant-bras encore une séance et l'éruption y disparut complètement, sauf l'hyperpigmentation. La dose absorbée par la peau ne dépasse pas la quantité réputée normale. Jusqu'au 27 septembre 1905 on a appliqué en 7 séances (de la même force) les rayons X sur le bras un peu au-dessus du coude. A la même date, note du journal : « Sur la partie intense du bras on n'aperçoit qu'une seule vésicule ; *sur la verge, les vésicules persistent en leur évolution herpétique, de même le suintement et les cuissons.* Le gland et la verge ont été soumis au traitement radiologique (5 séances) à partir de la fin du mois de septembre. Note du journal à la date du 4 décembre : « Suintement léger à l'orifice et à la surface postéro-inférieure de la verge ». Encore 2 séances, le 28 décembre tout est guéri. Le malade a eu un rapport sexuel. Ecoulement urétral à gonocoques. Le 10 janvier au bras, à l'avant-bras et sur la verge il ne reste qu'une hyperchromie. Récapitulant toutes ces données, nous voyons qu'au cours d'une demi-année l'application successive de rayons X sur les régions malades de l'avant-bras (août), du bras (septembre), et de la verge (octobre-décembre) arrêtait la marche du processus morbide et l'enraya complètement. C'était chose bien curieuse à voir, comme quoi sur les régions qui ont subi déjà l'influence actinienne tout élément morbide s'apaisait, s'affaissait, disparaissait et la peau, sauf l'hyperchromie redevenait saine et normale, tandis que partout ailleurs—sur les placards non traités— l'éruption persistait en pleine vigueur. Et le même contraste frappant se laissait voir successivement au traitement de l'avant-bras, puis du bras, et enfin de la verge. L'efficacité de l'influence des rayons X sur ce cas de dermatite herpétiforme de Dühring se manifeste d'une façon éclatante. Cette observation peut rivaliser de précision avec une expérience de laboratoire, et la dépasse même par la présence, nullement arrangée, d'un fait clinique, la persistance biannuelle d'une dermatose rebelle à tout traitement. Depuis le commencement de l'année 1906 le malade a suspendu ses visites à la consultation de l'hôpital. Ça nous autorise à un certain point à le présumer comme guéri, car il nous fréquentait assidûment tant qu'il était malade et il s'était rempli de croyance et de piété fervente envers la « machine » miraculeuse, qui lui rendit la santé. Ce succès thérapeutique me persuada encore plus du bien fondé de mon hypothèse et antithèse théoriques ; les affec-

tions vésiculeuses types, des pemphigus— d'un côté— qui se développent sur une peau dont les propriétés physiologiques de l'épiderme sont profondément altérées ;— de l'autre— les rayons X paraissant être en état de modifier d'une façon bien puissante les mêmes propriétés biologiques du même tissu. Il est permis de se demander si l'interférence mutuelle de ces deux facteurs n'aboutirait pas à réduire les cellules à leur état primaire, en leur rendant leur équilibre physiologique de l'adhérence normale intercellulaire.

Les résultats favorables du traitement du pemphigus par les rayons X publiés dernièrement dans les journaux dermatologiques, plaident — à ce qu'il paraît —en faveur de cette hypothèse.

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

Par L. BATUT,
Médecin-major à l'hôpital militaire de Bordeaux.

—

FIBRO-LIPOMATOSE GÉNÉRALISÉE

Lab., maréchal des logis de gendarmerie, 41 ans, ni syphilis, ni rhumatisme personnel ou héréditaire, ex-cultivateur, a perdu ses parents de vieillesse. Il vient à l'hôpital, en février 1908, se plaignant de douleurs persistantes à la pression, à l'articulation du manubrium et du corps du sternum, douleurs qui n'ont cédé ni aux pointes de feu répétées, ni à la révulsion par la teinture d'iode ; on note un léger épaississement des bords de l'interligne, sans rougeur de la peau ni abcès en formation.

Dyspeptique depuis dix ans, et employé dans les bureux de la Légion, Lab.., n'est pas migraineux, ni constipé, il a un bon état général et n'est nullement neurasthénique. Il y a dix ans il a vu apparaître de petits lipomes disséminés sur les quatre membres et qui depuis deux ans environ ont disparu aux membres inférieurs bien qu'il puisse en indiquer le siège.

Actuellement on note au membre supérieur droit, sur le bras, la présence d'un lipome de la grosseur d'un petit œuf de poule, au-dessous du deltoïde, à la face interne de l'épaule ; en dedans de la ligne des vaisseaux, au tiers inférieur, dans l'intimité du vaste interne on trouve également un petit lipome indolore de la grosseur d'une noisette ; il n'existe ni pigmentation anormale, ni vascularisation irrégulière au sujet de ces tumeurs, ni trace d'ulcérations ou de lymphocytes.

Au membre supérieur gauche, l'examen détaillé fait remarquer la

présence de trois gros lipomes étagés au-dessus les uns des autres. mobiles sous la peau de coloration normale, en dedans de la gouttière des vaisseaux, sur la moitié inférieure de la gouttière ; il existe en outre,au-dessous du coude, à trois travers de doigt de l'article. sur le long supinateur, une tumeur analogue de la grosseur d'un œuf de pigeon ; un petit lipome se remarque en outre à la partie moyenne du cubitus contre son bord interne, deux autres de la grosseur d'une petite noix existent en avant de cet os, au tiers supérieur ; notons encore trois petits lipomes au creux épigastrique, deux autres sur le bord des fausses côtes gauches, au niveau de la ligne axillaire, aucune tumeur analogue ou ganglionnaire, n'est à signaler ni à la nuque, ni au cou, ni aux aisselles, ni aux aînes ; des tumeurs de même genre qui siégeaient discrètes aux membres inférieurs ont disparu depuis deux ans.

L'état général du sujet est excellent, il n'a aucun antécédent bacillaire, pas d'adénite ni de splénomégalie, ce n'est pas un goutteux ni un rhumatisant ; sa maladie actuelle n'a aucun rapport avec sa neuro-fibromatose ; il n'a ni varices, ni pseudo-lipome sous-claviculaire ; la périostite sternale ne cache pas d'adénopathie trachéobronchique. Nous prescrivons avec l'IK, les pulvérisations d'éther.

SYPHILIDES ZONIFORMES DU THORAX.

L...., 21 ans, du 14e d'artillerie, entre à l'hôpital le 20 février 1908 ; il a déjà séjourné à l'hôpital, du 10 novembre au 17 décembre 1907, pour un chancre ulcéré et induré ayant intéressé sur un centimètre et demi la couronne du gland, avec perte de substance légère, accompagné de roséole discrète ; on lui a fait à ce moment une série de vingt injections de bi-iodure de Hg à 0 gr. 01 et il en est sorti sans apparition de plaques muqueuses.

Il revient actuellement porteur de plaques croûteuses suintantes au vertex, de syphilides boutonneuses dans le sillon jugo-nasal droit à forme d'acné concrète, et grosses plaques ulcéreuses de la largeur de pièces d'argent de 0.50, dans le dos, et de plaques croûteuses disséminées sur le dos et les lombes ; on remarque des croûtes légères à pigmentation pâle, à desquamation avancée sur les jambes et les cuisses ; ni céphalée, ni myalgies, ni arthralgie, mais pâleur anémique.

Le 27 février on remarque que ces diverses plaques disséminées en avant et en arrière du thorax se différencient en éléments vésiculeux, vite secs et agglomérés en forme de zona très net, suivant surtout le neuvième espace intercostal gauche; une de ces plaques, large de quatre centimètres et haute de deux centimètres, siège en arrière, à trois travers de doigt de la ligne des apophyses épineuses ; à droite sur le cinquième espace intercostal apparaît une plaque allongée de quatre centimètres, vers la pointe de l'omoplate et for-

mée d'une série de vésicules bien distinctes, bien individualisées sur le fond commun, érythémateux, sans œdème ; trois ou quatre autres plaques analogues, déjà sèches, à forme de miliaire rouge ou de papules hémorragiques asséchées, se voient disséminées, non symétriques, à droite surtout et sur les trajets des nerfs intercostaux ; il existe en ces points un prurit modéré et bientôt des élancements névralgiques persistants ; pas d'adénopathie récente aux aisselles.

En outre, à la nuque et symétriquement, sur l'émergence des deux nerfs grands occipitaux, deux séries d'éruptions linéaires à concavité supérieure se manifestent, formées de croutelles à moitié sèches de trois millimètres environ de diamètre, se dirigeant à leur extrémité périphérique vers l'inion, n'atteignant pas en dedans la ligne des apophyses, répondant à l'émergence des nerfs sensitifs de la nuque, ayant un développement pour chacun de cinq à six centimètres et paraissant intéresser les deuxième et troisième cervicales. Il n'y a ni onyxis, ni psoriasis palmaire ou plantaire ; la bouche, les lèvres, l'anus ne présentent pas de plaques muqueuses ; on note toutefois des adénopathies généralisées aux aisselles, aux aines, aux deux régions cervicales latérales ; il n'existe pas d'angine récente ; les régions sus-épitrochléennes sont libres.

Il s'agit d'un cas type de syphilides zoniformes jadis étudiées par Barthélemy au Congrès international de médecine de Moscou, et dont nous avons déjà signalé un exemple.

On reprend dès le 20 février une nouvelle série d'injections de biiodure avec un traitement général reconstituant ; le 3 mai, on voit déjà se sécher les croûtelles, mais malgré l'emploi du Vigo une grosse ulcération postérieure thoracique persiste ; le 6, les tubercules nasogéniens ont disparu, l'ulcération dorsale pâlit et se rétrécit, les croûtes cervicales tombent, on aperçoit en leur siège une pigmentation anormale persistante ; les croûtes du vertex ne s'effacent pas encore.

Le 12, apparaît, très transitoire, une légère plaque muqueuse à la commissure gauche ; anémie extrême des conjonctives et pâleur du visage, malgré l'arsenic et les toniques, les bains sulfureux, les dernières croûtes tombent avec la dernière injection pratiquée le 12 ; le malade sort complètement remis le 18 ; il n'a eu ni prurit, ni paralysies, ni anesthésies douloureuses comme dans le zona vrai.

SYPHILIS SECONDAIRE, MASTOIDITE ET PARALYSIE DU FACIAL GAUCHE.

G..., 22 ans, soldat au 144e d'Infanterie, cultivateur, petit, peu développé, entre à l'hôpital, le 13 novembre 1907, pour une mastoïdite gauche datant de huit jours, consécutive à une angine avec fièvre et caractérisée par une pâleur marquée du visage, une rougeur persistante du voile du palais ; une douleur très vive à la pres-

sion un peu au-dessous de l'antre sur le bord antérieur de la mastoïde, l'effacement du pli rétro-auriculaire, l'absence d'œdème, d'écoulement, des douleurs spontanées et constantes dans la profondeur de l'oreille moyenne un certain état d'abattement et une température élevée (39°), le tympan est gris terne, le triangle lumineux conservé, il n'y a ni exsudat, ni perforation, ni saillie du tympan en dehors ; on prescrit des applications répétées de compresses chaudes.

Au bout de huit jours de ce traitement auquel on ajoute une pilule quotidienne de calomel à 0.02, les douleurs diminuent et le malade ressent dans la gorge une sensation brusque de liquide amer qu'il rejette et qui semble due à un exsudat venant de l'oreille moyenne et dégorgé par la trompe jusque là obstruée.

Vers la même époque, le 25 novembre, apparition d'une petite plaque muqueuse à la lèvre supérieure droite, qui cède assez facilement au traitement spécifique. Le malade nous raconte avoir eu un mois auparavant, un chancre induré du filet, aujourd'hui cicatrisé, et qui s'est accompagné d'adénites simples inguinales ; il aurait guéri en quinze jours ; on note présentement des adénopathies généralisées et une céphalée probablement d'origine otique, sans alopécie, ou croûtes suspectes, la roséole n'a pas été remarquée.

Aux instillations de glycérine phéniquée nous ajoutons une ventouse scarifiée sur la base de la mastoïde (méthode de Bier), et deux pilules de proto-iodure à 0 gr. 05 ; sous l'influence de ce traitement ; les phénomènes de rétention s'amendent, la céphalée diminue, la mastoïde se résout et, le 30, la pression ne réveille plus aucune douleur sur le bord antérieur, la pointe ou la racine de l'apophyse.

Le 30 au soir, en l'absence de troubles généraux, de vomissements ou de vertiges, et malgré la conservation de l'appétit, une céphalée violente s'accompagne brusquement et d'une façon bien inattendue d'une paralysie faciale périphérique gauche occupant le facial supérieur et inférieur, avec ouverture persistante des paupières, disparition des sillons frontaux à gauche, déformation des traits de la face, relèvement de la commissure droite ; le malade parle, mais ne peut siffler et fumer la pipe, le frontal, l'orbiculaire des paupières, le triangulaire sont pris ; facies pâle, anémie prononcée malgré l'acide arsénieux : l'intelligence reste nette, l'appétit a disparu. La fièvre se rallume (38°5) tous les soirs, la douleur à la mastoïde reparaît aussi vive qu'au début ; le tympan reste gris terne, mais l'ombilic n'est pas rejeté au dehors ; il n'y a pas trace d'exsudat et rien n'incite à une paracentèse. Le malade a pris régulièrement jusqu'à ce jour 0 gr. 10 de protoiodure.

Le 2 décembre on met une nouvelle ventouse scarifiée sur la mastoïde avec application de compresses chaudes ; le 3, on inaugure une série de vingt injections de bi-iodure de Hg à la dose quotidienne de 0 gr. 01 ; le malade reste couché, toujours fébricitant, ne dormant pas et souffrant d'élancements profonds.

Le 6, ventouse *loco dolenti*, qui laisse persister la douleur à la

pression, le teint reste très plombé, le facial est aussi profondément atteint ; une séance d'électrisation avec de faibles courants faradiques a été très difficilement supportée ; le malade réclame une alimentation plus substantielle à laquelle on ajoute café et quinquina.

Le 16, l'état général s'améliore, le malade peut dormir et se reposer, le facies est meilleur, la douleur diminuée, la paralysie persistante ; on insiste sur l'électrisation.

Le 22, la paralysie est en voie de diminution, le malade ferme un peu la paupière à gauche ; le tympan reste intact, la douleur mastoïdienne est disparue ; le facies reste toujours très pâle ; on continue le calomel, on supprime les compresses, le malade peut se lever.

Il sort après la terminaison de la série d'injections, le 25 décembre, ne présentant plus de phénomènes douloureux, mais conservant toujours une paralysie légère du frontal, de l'orbiculaire, du buccinateur. Il rentre de convalescence le 26 février et revient à l'hôpital avec une légère paralysie de l'orbiculaire gauche qu'il arrive à contracter complètement, mais il ne peut siffler et fume toujours la pipe ; il se plaint encore de douleurs à la base de la mastoïde ; il est très pâle, amaigri, fort anémié, n'a plus de céphalée, ne présente ni éruption suspecte, ni plaques muqueuses ; le tympan est d'aspect normal. Cautérisation à la pointe fine du thermo-cautère au niveau de l'antre, calomel, et à partir du 27 février, nouvelle série d'injections de bi-iodure à 0,01 par jour, avec arsenic et quinquina ; le malade se remet peu à peu, sans recouvrer une grande vigueur ; il est classé dans le service auxiliaire en raison de la persistance de la paralysie du facial inférieur.

Cette intéressante observation a permis d'éliminer l'hypothèse d'une paralysie corticale, d'une lésion nucléaire, pour se rattacher à l'idée d'une paralysie périphérique, d'origine otique et non spécifique, vu la jeunesse de la syphilis et l'acuité du processus otitique ; nous avons cependant observé jadis un cas de périostite du frontal avec paralysie dans une syphilis récente. Il semble ici que le traitement antiphlogistique a agi plus certainement que le traitement spécifique, et que le facial a été atteint de périnévrite par compression du massif osseux irrité, et non par une gomme précoce.

HÉMATOME INFILTRÉ ET INDURÉ DU SCROTUM PAR DÉCHIRURE DE VEINES VARIQUEUSES DU CORDON

M..., 24 ans, sous-officier au 14e d'artillerie, entre à l'hôpital le 12 mars 1908 ; il était depuis longtemps atteint d'un varicocèle gau-

che volumineux et douloureux ; la veille de son entrée, montant à cheval, il se reçoit mal sur la selle au moment d'une ruade de sa monture et frappe contre le pommeau avec les bourses, plus particulièrement à gauche, vers l'orifice inguinal externe ou même un peu au-dessous. Immédiatement, le cavalier descend de cheval, marche un peu à pied, mais sent très vite se former une tuméfaction des bourses qui se développe dans la soirée avec accompagnement d'une ecchymose foncée, occupant toute la face antérieure des bourses, traversant le raphé pour s'étendre, à droite comme à gauche, avec douleur maxima sur le funicule gauche, au niveau presque de la racine de la bourse gauche.

A l'arrivée à l'hôpital, nous trouvons un scrotum du volume du poing, une infiltration gélatiniforme, un peu tremblotante, s'effaçant un peu sous le doigt, paraissant atteindre près de deux centimètres d'épaisseur, sans crépitation neigeuse, avec intégrité du testicule et de la vaginale des deux côtés ; le cordon gauche est de la grosseur du petit doigt, peu douloureux ; il se continue dans le canal inguinal avec le même volume ; la tuméfaction est maxima à trois centimètres au-dessous de l'orifice inguinal externe et forme là profondément une tumeur bosselée, déjà irrégulière, avec tendance à se diriger vers la cloison ; à son niveau, la peau du scrotum est épaissie très foncée ; ni dysurie, ni sensation de tension, ni fièvre, ni coliques ; aucune lésion abdominale.

Le lendemain, 14, la teinte s'est accusée et étendue à droite, elle forme un anneau encerclant la base du pénis, mais les régions inguinales sont indemnes ; le testicule gauche est intact et bas situé.

Le 15, on note déjà que la teinte de la peau scrotale s'éclaircit en avant, reste très sombre sur le funicule gauche, mais l'infiltration sans godets ni œdème s'accentue, le sang épanché se collecte insensiblement vers les parties situées à gauche, du côté où repose le malade ; le cordon est plus épais, la masse inférieure de la bourse gauche forme comme un second testicule, tandis que la région traumatisée forme une troisième masse distincte.

Le 24, l'ecchymose est très claire en avant, sombre dans le liseré circulaire limitant la zone atteinte des deux côtés ; le périnée, jusque-là indemne, présente une traînée médiane noirâtre atteignant l'anus ; la masse moyenne et inférieure gauche est devenue fort dure, non plastique sous le doigt, elle se continue par la cloison épaissie et également indurée avec le boyau de la grosseur du pouce qui, à la racine de la closion et du pénis, rejoint le funicule déchiré, et dont on note la dureté et les bosselures ; il semble que l'on assiste à une transformation sinon crétacée, du moins conjonctive de l'épanchement; à droite, liseré noir en bordure, funicule et testicule normaux, absence de tension et de phénomènes généraux.

Depuis quelques jours le malade joint au repos au lit et au suspensoir ouaté une solution d'IK (0 gr. 50).

Le 27 (au 14e jour), on perçoit très nettement le déférent dur et

les veines qui l'accompagnent au-dessous de la rupture, se dirigeant vers la queue de l'épididyme.

Le 30, il est redevenu souple, les vaisseaux qui l'entourent forment le classique paquet de ficelle ; la tumeur indurée a diminué d'un quart, elle forme comme une coque irrégulière partant du funicule où l'on note déjà deux nodosités de la grosseur de petites noisettes mobiles, à attache musculaire lâche, se contournant vers la cloison dont la moitié supérieure et inférieure forme mur, puis se retournant en dehors dans le tiers adjacent, continu et inférieur de l'hémiscrotum gauche ; la régression générale est manifeste, ainsi que le retrait absolu de l'infiltration en tous autres points, notamment dans l'hémi-scrotum droit revenu sur lui-même et rétracté ; les testicules sont sains, petits ; de plus, on note depuis trois jours une teinte verdâtre ecchymotique, en large bande, tout le long du cordon inguinal, dans la paroi abdominale. Indolence absolue, marche rapide vers la régression définitive et la guérison.

Le 2 avril, les noyaux vasculaires de la rupture sont bien indépendant, de la grosseur de petits haricots, la grosse masse indurée et concave, irrégulière, de la grosseur du petit doigt, en régression persistante, ne nous laisse aucune inquiétude sur les reliquats possible ; le scrotum absolument lisse des deux côtés, la tache ecchymotique inguinale gauche à peine visible ; le malade se lève et escompte une sortie prochaine pour aller se rétablir complètement dans ses foyers.

Une observation analogue à la précédente, mais plus importante, a été recueillie par nous, en 1901, à l'hôpital Desgenettes à Lyon : un jeune cavalier se reçoit mal sur sa selle, dans un saut violent, de là, douleurs dans les bourses, gonflement rapide énorme, teinte noire très foncée, ecchymotique, de tout le scrotum, du tiers inférieur du pénis, et très haute symétriquement, des deux régions inguino-abdominales en ailes larges d'oiseau ; pas de fluctuation nette, bientôt induration générale de toute la moitié inférieure du scrotum et aussi de la cloison ; cette induration a la résistance de l'os au bout d'un mois ; le repos au lit et l'I K à haute dose ne donnent aucun résultat durant trois mois et demi ; nous songeons à une intervention lorsque, vers le 4e mois, commence la résorption spontanée qui finit par être complète ; les testicules sont restés indemmes. L'origine de ces incidents paraît être dans la rupture de quelque vaisseau de la cloison.

Dans un troisième cas, il nous est donné d'observer un chasseur alpin qui présente à la sortie du canal inguinal une tumeur

de la grosseur du pouce, de la dureté du fibrome, attenant au cordon, non douloureuse, facilement énucléable, et reliquat d'une forte contusion par coup de pied de mulet reçu un an avant, avec accompagnement d'une vaste ecchymose qui avait persisté durant plus d'un mois ; ce blessé n'a consenti à aucune intervention, alléché par l'espérance d'une pension de réforme.

REVUE ANALYTIQUE

ANGIOKÉRATOME

DORE : **Cas d'angiokératome avec troubles circulatoires, engelures et érythème induré(mal. de Bazin).** (*B.*, *J.*, *D.*, 1903, p. 323.) — Quatre frères et deux sœurs de la malade présentent, comme elle, mais à un moindre degré, du gonflement et de la cyanose des mains, ni phtisie, ni syphilis. La maladie remonte à la plus tendre enfance. A douze ans, elle a eu des ulcères aux bras et et surtout aux jambes. qui mirent longtemps à guérir. F., 18 ans,ayant l'air phtisique. Troubles digestifs, aménorrhée depuis huit mois. Hypertrophie amygdalienne considérable. Doigts froids, cyanosés, très gonflés, surtout à la face dorsale. Quelques engelures récentes tranchent par leur couleur plus vive. Nombreuses lésions ponctuées de couleur bleu sombre dues à l'agrégation de petites télangiectasies, sur lesquelles la peau est un peu surélevée et nettement verruqueuse, situées sur les faces latérales et dorsale des doigts, principalement du côté interne. Il s'agit d'angiokératomes plus télangiectasiques que kératosiques, provenant par conséquent d'un trouble prématurément vasculaire suivi d'hypertrophie de l'épiderme, hyperidrose abondante des mains, ongles minces et friables, striés en long. La peau des oreilles est squameuse, à cicatrices superficielles, rappelant le lupus érythémateux. Cyanose moindre qu'au bout du nez. Cicatrices d'érythème induré typique à la face postérieure des mollets. La station debout est douloureuse. Chez cette malade, l'insuffisance persistante de la circulation serait plutôt un facteur prédisposant que le résultat de l'infection tuberculeuse, dont les lésions plus définies avaient guéri au moment de l'entrée de la malade à l'hôpital. J. M.

FROHWEIN : **Contribution à l'étude de l'angiokératome.** (*Mon. f. p. D.*, 1er avril 1906, Bd. 42, n° 7.) — F., 17 ans, sans antécédents, réglée depuis 10 mois, souffre toujours du pied et d'humidité aux mains et aux pieds, qui dès l'approche de l'hiver, gonflent, bleuissent et démangent. Depuis 7 ans,il est survenu sur le dos des mains, sans symptôme subjectif, des plaques d'un bleu livide qui se chan-

gèrent au bout de quelque temps en petites tumeurs de la grosseur d'une lentille bleu noirâtre au centre,sur lesquelles la peau s'épaissit et se ride, puis au bout de quelque temps elles disparaissent sans cicatrices pour récidives. Les années suivantes, le côté d'extension des coudes, des genoux, les chevilles se prirent de même, tandis qu'aux avant-bras et aux jambes, la malade n'avait remarqué que des plaques bleu rougeâtres qui ne passaient pas à l'état de verrues. Ni prurit,ni douleur. Diagnostic : angiokératome du dos des mains, des genoux, coudes, malléoles;on trouve au microscope, dans les couches profondes de la couche cornée des cavités remplies de sang extravasé et de détritus dont la forme en varices paraît due à une lacune de la couche de la couche papillaire ; entre les lacunes, on trouve une couche de plusieurs rangées de cellules fortement comprimées, qui dérivent de la couche germinative, tandis que la couche cornée y fait défaut. Le stratum l'inodum est élargi. Les conduits excréteurs des glandes sudoripares, bien conservés sur les parties latérales de la tumeur, manquent absolument au centre. Pas de poils ni de glandes sébacées dans les coupes. Prolongements intercellulaires bien nets et cellules gonflées, comprimées dans le stratum germinativum, imbibition œdémateuse du tissu. Vaisseaux dilatés irrégulièrement, avec inflammation peu considérable, mais pénétrant jusque dans les couches les plus profondes du chorion. L'altération primitive se trouve dans les parois des vaisseaux. Toutes les autres, même l'hyperkératose, sont secondaires.Si les engelures jouent parfois un rôle évident dans certains cas, dans d'autres il faut faire intervenir les tuberculotoxines (anémie, phtisie). F. se rallie à la théorie de Leredde et Milian. J. M.

Rau : **Sur un cas d'angiokératome de Mibelli.** (*Mon. f. p. D.*, 1905, Bd., 40, nº 8, p. 439.) — H., 22 ans, tailleur, à souffert dès sa première jeunesse de verrues sur les mains et les pieds, surtout accusées pendant l'hiver, quand les mains et les pieds refroidis sont bleus et gonflés, pâlissant en été, devenant rudes et sèches. Pas d'engelures ni de cause éventuelle connue. Rien d'analogue dans la famille.Réflexes des membres inférieurs accrus, sans troubles nerveux. La peau,généralement un peu ichthyosique, est livide aux oreilles, aux mains et aux pieds. Les mains, les pieds, montrent des phénomènes typiques de l'acroparesthésie, hyperhidrose et sentiment de refroidissement. Sur les faces dorsales et latérales des doigts et des orteils, sur beaucoup de doigts, sur les faces palmaires et cubitales des mains, sur les parties externe et interne du milieu du pied, on voit sur la peau cyanosée de nombreux points gros comme une pointe d'aiguille, bleu noir, comparable à des grains de poudres ou de tatouage.Quand ces points sont tout petits, l'épiderme y paraît normal. Si le point est plus gros et plus ancien, l'épiderme est le siège d'un dépôt plus variqueux au centre à travers lequel le point bleu rouge paraît de la profondeur : ces efflorescences primitives confluent en disques gris

mais plus verruqueux ; leur surface est rude, mate, cireuse, sans desquamation et ressemble à la tuberculose verruqueuse ; les vaisseaux sanguins dilatés se voient à travers cette couche cornée épaissie verruqueuse (verrues télangiectasiques de Dubreuilh). L'A. admet les données histo-pathologiques de Unna. Les engelures ne sont pas constantes. Dans le cas actuel, l'appareil circulatoire était profondément altéré, vu l'âge du malade (varices, hémorrhoïdes), le sang présentait une forte diminution de l'hémoglobine. Les variations quotidiennes de la température matinale et vespérale parlent en faveur d'une affection tuberculeuse, bien que les différents examens concluent négativement sur ce point. L'A. admet une débilité congénitale des capillaires sanguins (théorie d'Exaude) aboutissant à l'acroparesthésie et à la formation d'angiomes papillaires. Secondairement, il faut considérer le trouble de nutrition aboutissant à l'hyperplasie de la couche cornée par suite du retentissement de la circulation et des altérations sanguines dans les vaisseaux dilatés, puis la kératinisation des épithéliums, qui empêche que les angiectasies gagnent la surface et produisent des hémorrhagies (dermatite par stase de Unna). La maladie ne paraît pas de nature tuberculeuse. Le meilleur traitement paraît être le micro-brûleur de Unna. J. M.

BLASTOMYCOSE

FABRY et KIRSCH : **Sur la question de la blastomycose de la peau.** (*Arch. f. Derm. u. Syph.*, t. 77, p. 374.) — Homme de 35 ans, malade depuis 7 ans: le dos est couvert de cicatrices, de comédons, d'abcès, d'élévures tubéreuses de petits kystes, etc. Diagn.: acné abcédée. Au microscope, cellules de levures non douteuses; dans les abcès intra-épidermiques, prolifération épithélial, infiltrats dermiques, cellules géantes, etc. C. A.

KRAUSE : **La prétendue blastomycose de la peau.** (*Mon. f. p. Derm.*, 1905, Bd. 41 p. 123, 192, 299, 601.) — F., 59 ans, ni tuberculose, ni syphilis ; nervosisme. Depuis 3 mois, plaque rougeâtre à la jambe, au centre de laquelle se développe une élevure grise. Malgré le traitement, nouvelles plaques, petites pustules. Les foyers morbides irréguliers rappellent le lupus verruqueux. Le centre, partie des bords, sont plats, finement croûteux ou recouverts de lamelles cornées gris-blanchâtres assez épaisses, le reste est le siège d'élevures bosselées. En beaucoup d'endroits on remarque de petits foyers suppurés épithéliaux laissant sourdre une très minime quantité de liquide séro-purulent. Le pourtour des efflorescences est rouge livide. Emplâtre mercuriel puis eau oxygénée, guérison. Cultures négatives, rien que des staphylocoques jaunes, qu'on retrouve à l'examen microscopique. Le foyer de ramollissement montre des leucocytes polynucléaires, de l'épithélium gonflé, détaché, des détritus. Les foyers sont traversés en tous sens d'éléments filamenteux avec cristaux en ai-

guilles, à contours plus ou moins nets. Les éléments filamenteux sont de l'élacine ; dans le tissu conjonctif, l'élastine est normale. Tous les éléments du derme sont hypertrophiés. L'A. relate 43 cas connus de blastomycose et rappelle les différentes hypothèses émises sur l'origine de la blastomycose ; étudie cliniquement la maladie de Buschke et la compare à la maladie de Gilchrist, en les différenciant. tant au point de vue clinique qu'anatomo-pathologique. Microscopiquement, la 1re revêt le type de l'ulcère chronique avec quelques microphytes ; la 2e montre en outre des processus évidents de prolifération, rappelant la tuberculose verruqueuse de la peau, avec cellules géantes, leucocytes polynucléaires (abcès miliaires) et des organismes que les Américains ont regardé comme pathogènes. K. insiste sur l'aspect clinique rappelant la tuberculose verruqueuse, et l'examen anatomopathologique qui fait penser au cancer. Etudiant le rôle pathogène des levures, K. admet pour le type Buschke, une prolifération de champignons de levures, mais ne regarde pas la preuve comme faite pour le type de Gilchrist. Les corpuscules ne lui paraissent pas être des champignons de levures et ressembleraient plutôt aux saprophytes ordinaires de la flore aérienne (oïdies). La maladie de Gilchrist n'est donc pas due à des levures. La clinique et l'histologie en font plutôt une maladie néoplasique de l'épithélium. On ne devrait réserver la dénomination de blastomycose qu'au type Buschke, à tumeurs. Travail très fouillé éclairant la question d'un jour nouveau. J. M.

CHÉLOIDES

KIRSCH: **Deux cas de chéloïde spontanée.** (*Arch. f. Derm. u. Syphilis*, t. 78, p. 225.) — Homme de 24 ans, porteur de 7 chéloïdes, dont une seule importante au-devant du sternum. L'auteur croit qu'il s'agit de chéloide spontanée (?) De l'examen microscopique, il conclut que la chéloïde est un vrai fibrome de la peau, une vraie néoplasie collagène ayant son point de départ dans les parois des vaisseaux du derme. Autre cas du même genre chez un homme de 40 ans. C. A.

LERICHE: **Chéloïde d'origine tuberculeuse.** (Société des sciences médicales de Lyon, 13 juillet 1904, in *Lyon médical*. 1904, p. 670.)— Jeune garcon de 16 ans, présentant depuis 4 ans des adénites tuberculeuses du cou. Il y a 2 ans, à la suite d'un seul badigeonnage de teinture d'iode qui fit légèrement desquamer la peau, apparition d'une plaque rouge surélevée qui est devenue rapidement une large chéloïde. Or, la chéloïde est rare après les applications de teinture d iode et il faut qu'elles soient répétées jusqu'à la brûlure. Les ganglions n'ont jamais suppuré, il n'y a pas d'ulcération de la peau : aucune manœuvre chirurgicale n'a été faite. Tous les ganglions sont mobiles, ne semblent pas caséeux et la peau n'a aucune adhérence avec les plans sous-jacents. C'est donc, en somme, d'une facon toute

spontanée que cette chéloïde est apparue, comme si la révulsion faite au niveau de ces adénites bacillaires avait attiré hors des ganglions et fixé dans la peau le bacille ou ses toxines. D'autre part, cette observation est un argument de haute valeur en faveur de l'origine tuberculeuse des chéloïdes. C'est un fait anciennement connu que celles-ci se développent surtout chez les scrofuleux. Malgré cela, on a hésité longtemps à admettre que ce soit une lésion bacillaire. Aujourd'hui quelques auteurs penchent vers cette pathogénie, mais la preuve en est difficile. Au point de vue histologique, ce n'est qu'exceptionnellement que les lésions rappelaient celles de la tuberculose sous-cutanée et dermique. Bactériologiquement, les cas sont rares où l'on a eu des résultats positifs ; il existe quelques cas exceptionnels d'inoculation positive au cobaye. L'observation actuelle, qui a la valeur d'une expérience, est une démonstration clinique aussi schématique que possible du rôle que le bacille tuberculeux joue, soit par lui-même, soit par ses toxines, dans le développement des lésions scléreuses hypertrophiques qui constituent la chéloïde. Et il semble, d'après elle, que les chéloïdes, certaines du moins, ne soient que des tuberculoses cutanées atypiques, des tuberculides à type fibreux. M. D.

Malcolm Morris : **Traitement des cicatrices et des chéloïdes.** (*The Practitioner*, déc. 1905.) — Les grandes cicatrices, telles que celles qui résultent de brûlures étant du domaine de la chirurgie, l'auteur n'a en vue ici que les cicatrices relativement petites de la variole, de l'acné, du lupus vulgaire et érythémateux. Les sujets recherchent l'avis du médecin lorsque les cicatrices siègent sur la figure. D'autre part, les chéloïdes sont quelquefois si douloureux qu'on est appelé à les soigner même lorsqu'elles ne siègent pas sur des parties découvertes. Le principe du traitement, en dehors de l'intervention chirurgicale, consiste à provoquer dans les parties affectées une réaction suffisante pour détruire le tissu cicatriciel. Dans les cas de cicatrices profondes de variole, de vaccine ou d'acné, on peut obtenir une grande amélioration par l'usage persévérant d'applications excitantes, telle que les pommades au soufre ou à la résorcine. Appliquées pendant un certain temps, elles déterminent une réaction inflammatoire qui est suivie de la chute des plans cornés. Dans ces cas de chéloïdes, Stelwagon a constaté que les frictions avec une pommade contenant 10 à 25 p. c. d'ichthyol retardent leur développement et calment la démangeaison. Les applications d'un emplâtre composé d'acide salicylique, de plomb, de pétrole et de savon, donnent de bons résultats. Maire a recommandé des injections d'une solution de créosote à 20 p. 100 dans l'huile d'olive dans la tumeur, ce qui détermine de l'inflammation, du gonflement, et finalement de l'eschärification permettant d'enlever la tumeur par morceaux. Les injections d'une solution de thiosinamine dans l'alcool et mieux les injections de fibrolysine ont donné d'excellents résultats. L'électrolyse a été em-

ployée par Brocq et d'autres avec beaucoup de succès. Crocker introduit l'aiguille négative au-dessous de la tumeur et fait passer un courant très fort pendant vingt à trente secondes. Une autre méthode de traitement des chéloïdes consiste dans la compression à l'aide d'une bande élastique. Ce moyen peut être combiné avec les frictions et l'application d'emplâtre mercuriel. Vidal a recommandé les scarifications profondes dans toutes les directions. On fait ensuite des pansements boriqués. L'excision ne doit pas être recommandée, la récidive étant la règle après l'opération. Si on la fait, il faut enlever une étendue considérable de peau saine. Parfois l'excision semble activer la reproduction.Le traitement interne a été employé avec des résultats douteux. White a donné pendant trois mois de l'extrait thyroïdien à une jeune fille qui portait une chéloïde linéaire développée sur une cicatrice. En six semaines. les cicatrices furent réduites au niveau de la peau et la base indurée disparut. Stelwagon a essayé également avec succès le traitement dans un cas. On a également recommandé l'emploi prolongé de l'arsenic, mais on ne peut guère attendre de résultat que dans les cas où il se produit une réaction locale. Enfin Moris recommande le traitement de Finsen pour les chéloïdes de la face. L. J.

DERMATOMYOMES

GUTTMANN : **Contribution à l'étude des dermatomyomes multiples** (*Derm. Zeitschr.* juillet 1906, p. 469.) — H., 42 ans. Début de la formation des tumeurs en 1882 sur la moitié supérieure gauche du thorax au-dessous de la clavicule à toute la partie gauche du thorax, le bras et l'épaule droits puis gauches et l'épigastre gauche se prirent sucessivemeut. Les nodules varient de grosseur ; les gros sont sensibles à la pression. L'homme souffre aussi de crises douloureuses, spontanées d'une durée de 5 minutes, se répétant jusqu'à 20 fois par jour : elles sont plus fréquentes en hiver. Les changements brusques de température, la fatigue,paraissent les provoquer ; parfois on n'y peut trouver de cause déterminante. Pendant les crises douloureuses, les nodules pâlissent ; la douleur passée, le calme revient. Le corps est semé de nodules variant comme grosseur d'un grain d'un chénevis à une noisette, isolés ou agminés, plus ou moins élevés au-dessus de la peau, dont la coloration varie du rose au bleu livide. La consistance est ferme ; la sensibilité paraît varier en raison inverse du volume. Pas d'ulcérations ; la peau est seulement mince et luisante sur les grosses tumeurs. Rien à la tête, à la face, au cou, aux hypochondres, aux fesses, aux paumes, aux doigts et aux membres inférieurs. Les plus volumineuses tumeurs sont à la partie supérieure gauche du thorax, aux bras et avant-bras droits ; système pileux très développé aux avants-bras. Diagnostic : dermatomyomes cutanés multiples, confirmé par le microscope. A remarquer que l'affection est restée presque limitée à une moitié du corps. L'A. y voit

une relation avec le système nerveux, bien que l'étiologie des dermatomyomes reste encore entourée d'obscurités. Peut-être s'agit-il d'un trouble dans le développement de l'embryon. Le point de départ de certaines de ces tumeurs paraît être dans les muscles redresseurs des pieds ; pour d'autres, il serait dans la musculature des vaisseaux .Tous les éléments musculaires contribuent peut-être à leur genèse, comme le veut Wolters. Pas de médicament connu. L'extirpation paraît surtout indiquée, mais ne peut être prescrite que contre les grosses tumeurs, peu nombreuses. Les rayons X paraissent ne donner aucun résultat. J. M.

KRZYSTALOWICZ: **Un cas de dermatomyome multiple.** (*Mon. f. pr. Derm.* 1906, XLII, n° 6, p. 304.) — F., 19 ans. La maladie doit avoir débuté dès l'enfance. Les nodules ont dû commencer à grossir depuis un an. Au 1er examen, on note quelques nodules sur le bord de l'aile droite du nez, sur la cloison cutanée, sur la lèvre inférieure. Les nodules varient de la grosseur d'un grain de chénevis à un haricot, leur couleur du rose jaunâtre au bleu; les vaisseaux de la lèvre supérieure sont élargis, la forme des nodules est généralement ovale. Ils sont chonchroïdes, leur revêtement cutané est tendu et brillant. Pas de douleurs. Les nodules semblent composés par la réunion de nodules plus petits, plus durs que la région environnante, leur coupe transversale est grise ; ils sont plus ou moins nettement limités, séparés entre eux et isolés des régions avoisinantes par du tissu conjonctif fin, plus serré autour des nodules, pénétrant dans les nodules qu'ils séparent en faisceaux petits, simplement formés de cellules de muscles lisses. Ils intéressent toute l'épaisseur du derme, des papilles au tissu conjonctif sous-cutané qui forme au nez une mince couche. La plupart des nodules touchent par leur base les glandes sébacées qui sont grosses, agglomérées. Beaucoup vont jusqu'aux faisceaux des muscles striés sous-jacents. Quelques papilles sont séparées de l'épiderme par une mince bande de collagène ; d'autres sont bien conservées. Les nodules isolés qui forment les lobules d'une plus grande tumeur sont composés de cellules de muscles lisses en faisceaux, séparés par de fines fibres de collagène. Beaucoup sont gros, circulaires ou ovales, d'autres forment des stries, d'autres encore, surtout à la périphérie, rappellent par la forme les muscles redresseurs des poils. Pas de vaisseaux, pas de fibres élastiques. Le follicule pileux est en contact plus ou moins direct avec les faisceaux néoformés, comme si le développement du nodule agissait mécaniquement sur le follicule pileux. Pas de glomérules sudoripares. Glandes sébacées normales. Les nodules ne sont pas ici d'origine vasculaire, ni glandulaire. La tumeur paraît être d'origine congénitale. J. M.

NOBL : **Myomes multiples de la peau.** (*Arch. f. Derm. u. Syph.*, t. 79, p. 31.) — Obs. de dermatomyomes multiples chez une fille de 25 ans. Au microscope, léiomyomes purs ayant probablement pour siège les arrecteurs des poils. C. A.

ELEPHANTIASIS

Baraton : **Contribution à l'étude de l'éléphantiasis acquise des paupières.** (*Thèse Bordeaux*, 13 juin 1906.) — L'éléphantiasis acquise des paupières a le plus souvent pour cause un érysipèle à répétition de la face, comme l'éléphantiasis des autres parties du corps. Les paupières sont surtout atteintes en raison de la laxité et de la délicatesse des tissus qui les composent et leurs lésions anatomiques restent les mêmes qu'ailleurs. Le traitement doit être l'ablation esthétique de la tuméfaction avec prophylaxie raisonnée et asepsie des cavités dont l'inflammation streptococcique provoquer l'érysipèle. Bibliographie assez étendue, 3 dessins d'après photographies.
J. M.

Curl : **Note sur le traitement de l'éléphantiasis.** (*Journ. of. cut. Dis.*, septembre 1905, p. 402.) — Dans l'éléphantiasis des membres, la ligature des artères n'a pas donné de bons résultats. C. décortique des morceaux de peau et de tissu sous-cutané en forme de coin (7 dans le cas actuel), à mesure que les tissus deviennent lâches et permettent cette ablation. Le membre diminue de beaucoup de grosseur. On complète le traitement par l'emploi d'un bandage compressif au genou et d'huile sur la peau. J. M.

W. Wechselmann : **Eléphantiasis de l'extrémité inférieure droite et de la moitié correspondante du scrotum avec hémiatrophie faciale droite.** (*Arch. f. Derm. u. Syph.*, t. 77, p. 399.) — Le malade, âgé de 24 ans, dit que le début de ces accidents remonte à l'âge de 6 mois. L'influence du système nerveux dans la genèse des accidents paraît hors de doute. C. A.

FAVUS

Nicolas et Lacomme : **Cultures de favus humain.** (Société médicale des hôpitaux de Lyon, 27 juin 1905) in : *Lyon médical*, 1905, p. 269.) — Dans 6 cas, les auteurs ont obtenu des cultures pures de l'achorion en ensemencant des cheveux faviques ou de la matière favique sur des tubes d'agar glycériné non alcalinisé. Ils ont employé une méthode spéciale (à consulter dans l'original) pour colorer les filaments mycéliens. Enfin, ils ont recherché ce que devenait l'achorion cultivé en sac de baudruche dans le péritoine d'un lapin ; le sac s'est entouré d'une forte coque fibrineuse ; au microscope, les filaments mycéliens étaient très granuleux, dissociés, entremêlés d'un nombre considérable de leucocytes ; aucun microbe n'a pénétré dans le sac ; de plus l'achorion avait perdu en grande partie sa végétabilité.
M. D.



PAULUS : **Contribution à la clinique du favus.** (*Derm. Zeits.* 1906, p. 89.) — Etude d'ensemble basée surtout sur les travaux de Doutrelepont, résumant quelques observations de cet auteur, de Grouven et de Braschow. Bibliographie restreinte, ne donnant qu'une place infime aux auteurs francais. Pas de données nouvelles. J. M.

PAULUS: **Contribution à l'étude de l'anatomie du godet favique.** (*Derm. Zeitschr.* 1906, p. 233.) — Il peut se développer des godets typiques, indépendamment du cheveu ou du follicule pilo-sébacé, entre les couches moyennes de la couche cornée. Pas de développements du champignon sans grosses colonies (godets) parallèlement à la surface de la peau. Le champignon se développe dans le godet, par périodes,non de façon continue.L'accroissement du godet est centrifuge. Le champignon ne se rencontre pas dans le bulbe pileux et ne pénètre ni dans l'épiderme ni dans le derme. J. M.

KÉRATODERMIES-KÉRATOSIS

J. CSILLAG : **Identité de la parakératosis variegata avec quelques formes morbides autrement dénommées.** (*Arch. für Dermat. u. Syph.* t. 76, p. 3.) — Obs. d'une femme de 65 ans qui présentait une dermatose offrant les caractères cliniques et histologiques de la dermatite psoriasiforme nodulaire (Jadassohn, Neisser) et chez laquelle les éléments se modifient ultérieurement de manière à devenir identiques à ceux de la parakeratosis variegator (Unna.) C. en conclut que ces deux dénominations concernent simplement des étapes différentes d'une même affection. C. A.

C. GUTMANN : **Contribution à l'étude d'une dyskératose rare.** — Il s'agit d'une obs. recueillie sur une femme de 54 ans, qui offrait sur les mains, la nuque et la face, des élevures grosses comme une tête d'épingle présentant, ou non, un point noir ou un débris de poil. Pigmentation au voisinage. G. considère qu'il s'agit d'un cas analogue à ceux que Brooke a étudiés sous le nom de kératoses folliculaire contagieux ; et Morrow sous le nom de keratosis follicularis. Au microscope, hyperkeratose : diffuse avec altération perifolliculaire ; atrophie partielle de la couche épineuse, hyperpigmentation. G. croit, avec Samberger, qu'il s'agit bien là d'une maladie *sui generis*, d'une hyperkeratose essentielle dont la nature reste indéterminée. C. A.

SAMBERGER : **Kératome plantaire héréditaire.** (*Arch. f. Derm. u. Syph.* t. 77, p. 173.) — Etude d'un cas où le kératome plantaire existait dans 4 générations successives. Il rapporte une autre observation d'après laquelle il croit pouvoir admettre qu'une altération très comparable peut se développer sous une influence d'ordre neurotique. C. A.

WHITE : **Kératodermie érythémateuse symétrique aiguë, causée par l'arsenic.** (*B. J. D.*, 1903, p. 21.) — Enfant âgé de 13 ans, atteint de chorée grave, traité par la liqueur de Fowler à la dose de 4 gouttes toutes les quatre heures. Le 17e jour, il en prenait dix. Le 18e les yeux s'irritèrent, le nez coula, la langue se recouvrit d'un enduit argenté ; ni vomissements, ni diarrhée, on cessa le remède. Le soir, parurent des plaques érythémateuses symétriques, de couleur rose pâle, sur toutes les jointures, métacarpo-phalangiennes et phalangiennes, anneaux érythémateux entourant les éminences, thénas et hypothénar jaunies ; érythème rosé de la face de flexion des mains et des doigts, des poignets, la face d'extension des coudes et partout où des pressions s'exerçaient. Les membres inférieurs étaient intéressés et la plante des pieds, les articulations métatarso-phalangées présentaient le même aspect que les mains. Toutes ces zones étaient parfaitement vasculaires, de couleur rosée, marquées au centre, dégradées sur les bords qui sont néanmoins très nets. Le contact est douloureux, la peau est épaissie. Rash scarlatiniforme sur tout le corps, léger œdème. Le 20e jour, la sensibilité a disparu mais les zones intéressées sont encore marquées, leur couleur est brun violet et la peau est épaissie. La desquamation commence au centre. La langue est propre. Le 26e jour, desquamation des plaques plus marquée sur les bords et les muqueuses. Pas trace d'anémie dans les poils. Ni albumine ni arsenic dans l'urine, guérison. Pas de pigmentation consécutive au moment de la plus grande acuité. Les papilles faisaient saillie comme une râpe sous la main, surtout sur le haut des bras et sur la face externe des cuisses. La teinte foncée des zones paraissait due à la pression, aux mouvements ; l'hyperkératose existait surtout aux points où se forment d'ordinaire des callosités. Tout le corps était le siège d'une desquamation pityriasiforme suivie de pigmentation plus ou moins intense. La cessation du remède fit disparaître tous les symptômes qui réapparurent dès qu'on l'administra à nouveau. L'A se demande si ces symptômes ne peuvent être rendus plus sensibles par une impureté quelconque de l'arsenic ou si la combinaison d'autres drogues avec l'arsenic (bromure de potassium par exemple) ne pourrait pas prédisposer à cette dermatite. J. M.

LUPUS ET TUBERCULOSE CUTANÉE

HOLLŒNDER: **Traitement du lupus érythémateux.** (*The Lancet*, janvier 1905.) — Le traitement indiqué par l'auteur consiste à administrer vingt centigrammes de quinine par jour et à faire des badigeonnages de teinture d'iode sur la plaque. Ce traitement a été un peu modifié par Moritz Oppenheim. Après avoir constaté l'absence de toute idiosyncrasie, il administre 0,50 centigr. de quinine matin et soir pendant trois jours, tandis qu'on nettoie les plaques de lupus avec de l'alcool et de l'éther, après quoi on fait un badigeonnage de

teinture d'iode. Tous les trois jours, on augmente la dose de quinine jusqu'à ce qu'on atteigne 4 grammes par jour. Le malade reste à cette dose jusqu'à ce que les foyers commencent à disparaître, on diminue alors de 0,50 centigr. par jour. Lorsqu'il survient des bourdonnements d'oreilles et de la surdité, on interrompt le traitement, pour le reprendre quand ces symptômes disparaissent. L'auteur assure n'avoir jamais observé d'inconvénients à la suite de ces doses excessives de quinine, que dans tous les cas il a obtenu de bons résultats. Le traitement doit être essayé dans tous les cas chroniques. Inversement, l'administration de biiodure à l'intérieur de la quinine à l'extérieur n'a aucun effet. L. J.

MALLY (de Clermont-Ferrand) : **Traitement du lupus par la photothérapie.** (*Rev. esp. de Derm. y. Sif.*, t. VIII, nº 1, p. 1.) — La photothérapie est le meilleur mode de traitement curatif actuel du lupus. Son mode d'action est le même que celui des anciennes méthodes ; l'irritation par la lumière est un agent sclérogène, comme la scarification ou la galvano-caustique. La supériorité de ce nouvel agent physique, consiste en ce que son action, même prolongée, est toujours colorée, ne produit jamais d'accidents, ce qui permet de continuer le traitement tout le temps nécessaire pour arriver à la transformation scléreuse. Les cicatrices obtenues sont parfaites, parce que sur ces lésions primitives ne peut se greffer aucune infection secondaire. La photothérapie ferme toutes les portes à l'infection. J. M.

W. PICK : **Sur les inclusions dans le tissu lupique.** (*Arch. f. Derm. u. Syph.*, t. 78, p. 185.) — Conclusions : Les inclusions dans le tissu lupique n'ont rien à faire avec les blastomycètes ni avec aucun autre parasite. Ce sont des dépôts ferrugineux des ulcères à l'intérieur et au pourtour d'éléments histologiques variés. Dans le cas que P. a examiné, il s'agissait d'un poil de lanugo agissant comme corps étranger. C. A.

SHELMIRE : **Tuberculose verruqueuse de la peau.** (*Journ. of. cut. Dis.* janv. 1906, p. 20.) — Maladie rare au Texas. Négresse, 15 ans, pas d'antécédents. Début à 4 ans, par un bouton à la mâchoire ; 2 ans après suppuration ; le mal s'étend. 7 ans après, bouton analogue à l'avant-bras gauche qui suppure au bout de quelques mois. Le côté gauche de la face, le menton, sont couverts d'une zone verruqueuse dure ; avec de grosses croûtes, entre les hypertrophies papillaires suinte un pus urineux, fétide. L'oreille droite, l'intérieur de la bouche sont intéressés. Pas de nodules tuberculeux. Extension par continuité. Bacilles dans le pus. Diagnostic histologique confirmatif Traitement par rayons X, et par curettage, amélioration, mais traitement interrompu. J. M.

N. SWOBODA : **Lichen scrofuleux.** (Soc. de médecine interne et de pédiatrie de Vienne, 15 mars 1906.) — L'auteur a présenté à la So-

ciété un enfant de 4 ans 1 /2 tuberculeux, atteint de lichen scrofuleux, qui dans ce cas peut facilement être confondu avec l'herpès tonsurans. La lésion existe depuis deux mois et ne détermine aucun trouble .On voit sur le tronc de nombreuses taches brun-rouge, squameuses, soulevée, sur les bords et présentant à leur surface de nombreuses nodosités dures, jaunâtres, du volume d'une tête d'épingle. Sur quelques efflorescences on voit des cicatrices déprimées ayant remplacé les nodosités. L. J.

MOLLUSCUM FIBROSUM

Jamieson-Huie : **Molluscum fibrosum pendulum et adénome sébacé.** (*Brit. Journ. of. Derm.* novembre 1906, p. 379.) — 1er *Cas* : Ouvrier agricole 26 ans,début il y a 10 ans.Il y a 7 ans, coup de pied de cheval sur le côté droit de la tête, crises d'épilepsie consécutives. Il y a 4 ans, chute de 20 pieds du haut d'une échelle. Il y a 2 ans, Trépan. Malade un peu hébété et sourd. Le nez, le menton, mais surtout les joues sont le siège d'une éruptiondenodules durs, pâles ou rosés, à suface inégale. Les uns sont déprimés au centre, les autres sont couverts d'un fin réseau capillaire ramifié; sous l'œil droit, deux amas d'adénomes de teinte rougeâtre, gros comme une amande. (ad. sébacé). Sur les épaules, la poitrine,le dos, surtout aux bords des aisselles,abondante éruption de molluscum fibreux à type pendulum, à diverses phases de développement. 2e *Cas* : fillette, 11 ans,Début par le sillon nasogénien depuis 5 ans. Tumeurs grosses comme une tête d'épingle, de chaque côté du nez, débordant sur la partie interne desjoues.Couleur rosée ou blanc jaunâtre. Si l'on rapproche la partie rouge des joues, elles prennent une teinte cramoisie. D'autres isolées se trouvent au menton, au dos du nez, au front. Molluscum pendulum de chaque côté de la nuque. Nombreuses petites tumeurs blanches et souples, grosses comme une moitiéde pois, sur le dos, isolées ou groupées en gros amas. Elles datent d'un an. Pas de sensations subjectives. Les rayons X ne modifient point les adénomes. L'examen histologique démontra l'absence presque complète du tissu élastique dans les tumeurs. Pas de cavité interne dans la tumeur qui est solide,malgré les sensations perçues par le doigt ; le centre est formé de bandes fibreuses plus entrelacées que la périphérie. La couche papillaire conserve très peu de tissu élastique qui raidit la partie immédiatement sous-jacente à l'épiderme, ce qui donne au contact à la pression entre les doigts la fausse sensation d'une cavité. J. M.

Vorner: **Sur le fibrome molluscum de Virchow.** (*Derm. Zeit.* 1905, p. 660.) — F., 30 ans, sur tout le corps,nombreuses petites tumeurs plates ou surélevées de la couleur de la peau ou bleuâtre, dépressibles au doigt, mais reprenant leur forme, plus molles que la peau envi-

ronnante ; une forte pression montre à la périphérie un anneau formé par la peau normale, au centre une masse plissable, dure, comme lobée sans rapports définis avec l'anneau. Sur les nodules, comédons fréquents, diminution des follets et des follicules, grosses tumeurs lobulées, l'une allant de l'épaule gauche, au milieu du bras, et une autre dans la région pelvienne. Sur tout le corps, nombreuses taches pigmentaires, à couleur très foncée ; au visage, éphélides variant comme grosseur d'une tête d'épingle à une lentille ; au cou et à la nuque taches pigmentaires atteignant quelques centimètres, très confluentes. Taches sur la poitrine comme à la face ; au-dessous du nombril, pigmentation uniforme remontant vers le dos jusqu'à la 5e costale et descendant jusqu'aux cuisses. Cette pigmentation ressemble à un caleçon de bain. Taches pigmentaires sur les membres supérieurs et inférieur, sauf les paumes et les plantes, un peu plus grosses aux jambes. La pigmentation paraît d'abord survenir ici d'abord dans le voisinage des taches pigmentaires, ce qui semble dénoter une certaine analogie avec la leucodermie syphilitique du cou et le vitiligo vulgaire. L'examen histologique très détaillé semble démontrer que le fibroma molluscum provient de tissu conjonctif jeune. Il se forme des centres germinatifs de plusieurs cellules rondes ou polygonales avec un seul ou plusieurs noyaux, autour desquels se trouvent des cellules fusiformes avec grand noyau allongé, se terminant en fibrilles. Les petites tumeurs sont surtout fibrillaires, les grosses plus riches en cellule. Plus la cellule s'éloigne de son centre de développement, plus elle tend à se changer en fibrilles, mais le processus se complique de la formation de nouveaux noyaux secondaires qui amènent à leur tour le développement de couches cellulaires multiples ou fusionnées de la tumeur primitive. Les jeunes éléments conjonctifs peuvent arriver à former, en dehors des fibrilles, de vraies fibres collagènes et élastiques. Le fibroma molluscum de la peau intéresse les parties du derme qui donnent naissance aux cellules étoilées du derme. Cela explique peut être la fréquence de l'hyperpigmentation que l'on rencontre dans cette maladie. L'A. combat l'idée de prolifération du tissu conjonctif des nerfs émise par Recklinghausen (neurofibromatose), mais appuie sur le rôle de l'endonerve. Le petit fibrome se développe d'abord puis inclut des tissus épithéliaux des vaisseaux, des troncs nerveux. Le développement des noyaux conjonctifs ne commence dans les troncs nerveux que quand celui-ci a pénétré dans la tumeur, il est surtout prononcé au centre. Ce développement de l'endonerve rappelle absolument ce que l'on voit sur les gaines de tissus épithéliaux et de vaisseaux. La modification des rapports entraînée par le développement de la tumeur agit sur le tissu de protection du troncule nerveux. Aussi la prolifération est-elle plus active au centre qu'au point d'entrée ou de sortie du nerf ; mais jamais les nerfs ne font que traverser la tumeur ce qui est encore opposé à la théorie de Recklinghausen. J. M.

DERMATOLOGIE — VARIA

SCHAMBERG et HIRSCHLER : **Deux cas de tumeurs multiples de la peau chez des nègres, associées à du prurit.** (*Journ. of. cut. Dis.*, avril 1906, p. 151.) — I. F. de couleur, 40 ans, ayant eu la fièvre typhoïde et du rhumatisme ; ménopause à 26 ans, peu après l'apparition de l'éruption actuelle, qui survint, dit-elle, sous forme de petites nodules secs, blanchâtres, sur les bras, les jambes et le dos, atteignit tout son développement en quinze jours et ne progressa plus depuis. Sur les bras, on voit 120 nodules, 60 par bras, de dimensions variant d'un pois à l'ongle du petit doigt, noirâtres, contrastant avec la couleur brune du tégument, dures, élevées, couvertes d'un épiderme corné, indolores, d'aspect parfois verruqueux : six occupent le dos des mains et des doigts. Une vingtaine sur le dos tout au peu plus aplaties. Une douzaine siège sur la face d'extension de chacune des jambes ; quelques-unes atteignent la grandeur de l'ongle du pouce ; elles sont dures, comme cornées. Rien aux orteils, ni aux plantes, ni aux paumes. Ces nodules bien circonscrits n'ont aucune tendance à se réunir. La peau est normale entre les lésions. Prurit constant mais d'intensité variable. Albumine, cylindres hyalins et granuleux dans l'urine. — II. F. de couleur, 25 ans, a eu toutes les maladies de l'enfance et une diphtérie grave à 10 ans, suivie des oreillons. L'éruption actuelle suivit bientôt et ne s'est pas modifiée depuis quinze ans. Elle se serait développée partout en même temps : les lésions ont grandi, mais aucune n'est survenue depuis. Prurit violent, pénible surtout pendant les règles. Les lésions sont localisées aux membres, surtout sur le dos des pieds et la face antérieure des genoux et des cuisses ; il y a 50 lésions sur le membre inférieur droit et 44 sur le gauche. Rien aux paumes, lésions de plus en plus nombreuses à mesure qu'on remonte vers l'épaule (70 lésions sur les bras). Pas de symétrie, nodules isolés les uns des autres, variant de la grosseur d'un pois à une noisette, ronds, surélevés au-dessus de la peau, recouverts d'un épiderme rude, corné au centre, à bords bien définis, parfois déchirés par le grattage. Pigmentation à la périphérie. Peau normale entre les lésions. Pas d'infiltration nulle part. Histologie : Dilatation des vaisseaux cutanés sanguins ; infiltration cellulaire en masses circonscrites limitées ; proliférations des éléments conjonctifs fixes, formation de nouvelles fibres collagènes. Dans les tumeurs les plus anciennes surproduction de la couche cornée, dilatation rappelant l'angiokératome vasculaire plus prononcé ; mastzellen très nombreux foyers d'inflammation à toutes périodes, juste au-dessous de la couche papillaire avec hyperkératose plus ou moins étendue, et hyperplasie des couches granuleuses et muqueuses. J. M.

La question du mélanome. (*Journ. of. cut. Dis.* janv. 1905, p. 36.) — La théorie d'Unna sur l'origne du nævus mou (envie maternelle) de l'épithélium de surface par modification métaplastique des cellules du rete et par leur descente graduelle dans le derme pendant

la vie intra-utérine ou au début de l'existence est de plus en plus admise depuis 1893. En Allemagne, quelques pathologistes défendent la genèse par l'endothélium lymphatique. L'article commencé dans ce numéro tend à démontrer que les cellules du nævus sont endothéliales et que le mélano-carcinome de Unna, dérivant du nævus mou, est aussi d'origine endothéliale. Son principal argument repose sur la démonstration de la continuité de structure entre les groupes de cellules du nævus et le plexus lymphatique cutané superficiel. Après l'histogenèse, il donne l'histologie et l'histoire de 9 cas de tumeurs mélaniques malignes classées sous le titre unique de mélano-endothéliomes, qu'il divise en nævo-mélanome, panaris mélanique d'Hutchinson, lentigo malin des Francais. Bien que le tissu d'origine soit le même pour tous et provienne de l'endothélium lymphatique, les deux derniers débutent comme le mélanome de la choroïde sans interposition d'aucune structure nævoïde. Ils ont un caractère commun qu'on ne trouve pas dans le nævo-mélanome, des lignes pigmentées partant irrégulièrement du néoplasme originel, appelées bandes de nitrates d'agent. Tous les trois sont également malins. L'onychie maligne débute toujours dans un pli de l'ongle, le lentigo induré par les membres, généralement chez des vieillards. Johnston, interprétant la structure du nœvus autrement qu'Unna, décrit 3 épithéliomes pigmentés. Ceux cités par Unna ne présentaient pas trace de tumeur nævique pigmentaire. Le diagnostic de mélanoépithéliome n'est possible qu'avec le microscope. Puis il cite quelques cas démontrant que l'excision prompte et radicale peut donner des succès, même dans les endothéliomes les plus malins. J. M.

REVUE DE LA PRESSE

C. Levaditi et J. Yamanouchi : **Recherches sur l'incubation dans la syphilis.** — Les auteurs ont étudié le mécanisme de l'incubation dans la syphilis en expérimentant sur le lapin, dont la cornée est sensible au virus syphilitique.

Pendant la longue période d'incubation précédant l'apparition des signes visibles de kératite spécifique, avant l'organisation du fragment de cornée introduit dans la chambre antérieure, les tréponèmes se multiplent lentement. Mais, dès que le tissu s'enrichit en cellules étoilées et en épithélium, les parasites pullulent abondamment. Ils se greffent sur ces cellules, pénètrent dans leur protoplasma et forment de vrais centres de multiplication au milieu des nodules épithéliaux. On trouve de nombreux tréponèmes dans la cornée, longtemps avant l'apparition des signes de kératite visibles à l'œil nu.

La longueur de la période d'incubation s'explique par les difficultés que rencontrent les parasites à s'acclimater à de nouvelles

conditions de vie et de nutrition. Les tréponèmes ne réussissent à se développer qu'au contact des cellules vivantes, et, parmi celles-ci ils préfèrent les épithéliums et les endothéliums qui tapissent les vaisseaux lymphatiques. La constatation de spirochètes typiques en voie de développement à chaque instant de l'incubation prouve que celle-ci ne correspond pas à un cycle évolutif de ces microorganismes.(*Soc. de Biologie.*, janv. 1908.)

MILIAN : **Le prurit tabétique.**— Ce prurit est tenace, dure des années et présente des paroxysmes intolérables. Il s'observe surtout dans les cas de tabes fruste, où l'ataxie fait défaut. Le traitement institué sera le traitement antisyphilitique. Le pyramidon, l'antipyrine, le salicylate de soude, le nitrate de soude améliorent ; la ponction lombaire peut soulager pendant plusieurs mois. L'hygiène alimentaire sera sévère : pas de bonne chère, pas de boissons alcooliques ni de café (*Société de Biologie*, 1907.)

BÉATHY : **Diphtérie du gland.** — Le Dr Béathy (*British medica Journal*, 20 novembre 1907) a donné des soins à un garçon de trois ans qui venait d'être circoncis, lorsqu'il vint à contracter une diphtérie du pharynx. Au cours de cette atteinte de diphtérie une ulcération se développa sur le gland, au niveau de laquelle le bacille de Lœfler végétait à l'état de culture pure. La nature diphtérique de cette ulcération ne pouvait donc faire l'objet du moindre doute. (*Brit. med. Journ.*, et *Rev. int. de clin. et thér.*, 15 avril 1908).

CURSCHMANN : **Sueurs hystériques.**—L'auteur a observé deux malades, la mère et la fille qui, depuis plusieurs années déjà, étaient sujettes à des sueurs profuses,éclatant deux ou trois fois par jour, à des heures déterminées. Au début, ces accès de diaphorèse avaient semblé reconnaître, comme cause occasionnelle, des refroidissements. Dans la suite, ils se reproduisaient spontanément, sans motif appréciable. La mentalité des deux malades et la prise en considération de certaines circonstances avaient déterminé C. à mettre ces sueurs profuses sur le compte de l'hystérie : aussi bien la guérison fut-elle obtenue à la faveur d'un traitement par la suggestion. (*Munch. mediz. Woch.*, 1907, p. 34, et *Lyon méd.*, p. 1059.)

BARBIER : **Diagnostic différentiel des arthropathies de la syphilis héréditaire et des tumeurs blanches.** — On sait avec quelle sollicitude médecins et familles se préoccupent, et à juste titre, des plus minimes manifestations douloureuses monoarticulaires chez les enfants, surtout quand elles ont pour siège la colonne vertébrale, la hanche et le genou. La crainte de la claudication ou d'une difformité consécutive conduit, dans ces cas, à un traitement précoce et énergique qui a pour base l'immobilisation prolongée dans un appareil plâtré ou autre, et le séjour au bord de la mer.

Or, il faut savoir que certaines de ces arthrites peuvent relever du rhumatisme banal vrai et surtout de la syphilis héréditaire. M. Barbier en cite plusieurs observations et résume comme il suit les enseignements qu'on peut tirer des faits observés.

Les conclusions pratiques qui en découlent tiennent en une formule simple : *songer au rhumatisme et à la syphilis quand on est appelé au début d'une affection monoarticulaire ou vertébrale* ; ne pas se hâter de diagnostiquer une arthrite fongueuse ni d'appliquer des appareils de contention ou de traction en condamnant une famille à des déplacements prolongés et onéreux, à un bouleversement inutile de ses habitudes. Mettre le malade au repos, s'il y a quelque présomption de rhumatisme dans la famille, donner un traitement d'épreuve, au salicylate de soude et surtout surveiller le cœur qui se prend presque toujours.

La notion de la syphilis des parents exige la même réserve, les mêmes précautions, et en cas de stigmates avérés d'hérédo-syphilis chez l'enfant, le même traitement d'épreuve, dont le mercure et l'iodure de potassium seront ici les agents, sera prescrit. L'étude des particularités pathologiques de la famille de l'enfant (fausses couches de la mère, polymortalité des frères et sœurs, etc.), acquièrent une grande valeur au début d'une affection ostéo-arthropathique dont les caractères objectifs apparaîtront sans doute plus nettement différenciés plus tard, mais peut-être après un traitement orthopédique prématuré. On devra également se souvenir qu'on est médecin et que la *nature* d'une lésion s'impose moins quelquefois, surtout à son début, du fait de ses caractères objectifs que des conditions dans lesquelles elle s'est développée, des phénomènes généraux qui l'accompagnent ; à cet égard, on ne doit pas oublier que toute lésion tuberculeuse qui est en voie de développement s'accompagne, entre autres, d'amaigrissement.

Ces ostéo-arthropathies peuvent-elles se montrer dans la syphilis héréditaire de la deuxième génération ? M. Barbier croit en avoir observé un cas chez un enfant qui en ce moment encore est traité comme un coxalgique par d'autres que lui. Mais il n'en a pas la preuve ; il signale simplement le fait comme digne d'attention quand on est au courant des antécédents spécifiques d'un des grands-parents de l'enfant qu'on a à soigner. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, art. 21987.)

BUCURA : **Passage des médicaments dans le lait de la femme.** — M. Bucura a étudié, à la clinique obstétricale de M. Chrobak, à Vienne, le passage de différents médicaments dans le lait de la nourrice. Les femmes qui ont été soumises à cette recherche étaient toutes dans la première semaine après l'accouchement. Voici les résultats qu'il a obtenus :

L'iode, l'acide salicylique, l'éther, l'antipyrine, à doses médica-

menteuses, passent dans le lait ainsi que les bromures, l'arsenic et peut-être même l'urotropine. Les préparations mercurielles ne se comportent pas toutes de la même manière et les résultats sont différents s'ils sont administrés par les voies digestives ou par la voie cutanée et sous-cutanée. C'est ainsi que le calomel donné à la dose de 0,30 à 0,40 centigrammes, donne lieu à la présence du mercure dans le lait ; il en est de même lorsqu'on place des suppositoires avec ce sel. Au contraire, après les frictions à la pommade mercurielle, après les injections sous-cutanées de sublimé ou d'oxycyanure, on ne trouve pas de mercure dans le lait. Il en est de même pour la quinine, la phénacétine, l'hydractis canadensis, le salol, la codéine, le naphtol, le carbonate de lithine, la digitale, le soufre employé en pommade. Les purgatifs n'y passent pas davantage (rhubarbe, sené, cascara sagrada, acide tartrique, etc.). (*Zeits. f. experin. Pathol. und Therap.*, 1907.)

BERNHEIM : **Le tabes est une toxi-infection.** — L'auteur considère le tabes non comme une maladie nerveuse localisée dans les cordons postérieurs de la moelle, mais comme une toxi-infection souvent parasyphilitique qui peut engendrer arthropathies, mal perforant, troubles gastriques, etc., sans aboutir nécessairement à l'ataxie locomotrice. Cette ataxie n'est qu'un des résultats, fréquents d'ailleurs, de la toxi-infection. La théorie, exposée au Congrès de Genève-Lausanne, a intéressé, sans rallier tous les suffrages. (*Congrès de Genève*, 1907, et *Lyon Médical*, p. 565, 1908.)

GROSMANN : **Chancre syphilitique de la paupière consécutif à la sputation.** — Une jeune femme de 22 ans se querellait avec son beau-frère, habitant chez elle depuis quelques jours, parce qu'il avait apporté la gale dans la maison, celui-ci lui cracha à la figure. Trois semaines après elle observa sur le bord d'une de ses paupières un petit bouton dur, qui a grossi ensuite, gênant même les mouvements de cette paupière. Un pharmacien cautérisa le bouton, l'ayant pris pour une verrue. La malade étant moins inquiétée par ce bouton que par la gale, vient avec son mari à la clinique de la Faculté pour y être soignée pour cette dernière affection. Outre les lésions de la gale et ses localisations aux seins, on remarque un petit néoplasme sur le bord ciliaire droit, qui paraissait suspect. Il y avait une induration ferme comme du cartilage et il était couvert d'une croûte. Comme adénopathie il existait les ganglions à la nuque et aux apophyses mastoidiennes.

L'enquête montra que le sujet qui avait craché à la figure de la malade portait des plaques muqueuses de la bouche. D'autre part, ce même individu contamina un enfant dans la maison en voulant lui nettoyer avec sa salive la joue noircie par le charbon. Quelques semaines après, commença dans les deux cas la série des accidents secondaires. Ainsi il s'agissait bien ici de deux chancres syphiliti-

ques produits par l'insalivation. Ce mode de contagion doit être assez peu fréquent. (*Rev. pratique des mal. cutanées*, n° 12, 1907.)

Louis SPILLMANN: **Un cas de syphilis conjugale.** — L'auteur a présenté, à la Société de médecine de Nancy (janv. 1908), la photographie d'une femme entrée à la clinique des maladies cutanées et syphilitiques, pour une tuméfaction du maxillaire inférieur.

Cette tuméfaction avait été incisée et l'incision avait donné écoulement à un pus épais, jaunâtre, un peu grenu.

L'hypothèse d'une lésion actinomycosique ne fut pas vérifiée par l'examen bactériologique.

Le traitement mercuriel eut rapidement raison des accidents ; la tuméfaction disparut en quelques semaines ; une portion séquestrée du maxillaire était sortie par la plaie.

Le diagnostic de gomme syphilitique du maxillaire fut confirmé peu après, au moment de l'entrée dans le service du mari de la malade : cet homme était atteint d'une paralysie générale progressive, à forme lipémaniaque, nettement caractérisée.

L'histoire de ces deux malades est des plus instructives. Mariés il y a dix ans, le mari contracta au bout de quelques mois de mariage un chancre du gland ; sa femme était à ce moment enceinte de 8 mois 1/2, elle donna naissance, quinze jours après, à une jeune fille aujourd'hui en parfaite santé.

Quinze jours après l'accouchement, c'est-à-dire un mois après l'apparition du chancre chez le mari, la femme présentait à son tour un chancre au niveau d'une des grandes lèvres. La syphilis du mari fut soignée pendant quinze jours ; celle de la femme ne fut pas traitée du tout.

Au bout de 10 ans de syphilis, le mari fait une paralysie générale progressive et la femme une gomme du maxillaire inférieur. Il est intéressant de constater simultanément l'apparition de ces accidents graves de syphilis, au bout de dix années d'infection, chez le mari et chez la femme. Cette observation démontre également une fois de plus les rapports étroits existant entre la syphilis et la paralysie générale. (*Revue méd. de l'Est*, page 215.)

M. G. ETIENNE : **Ecchymoses zoniformes spontanées.**—M. G. Etienne a présenté à la *Soc. de méd. de Nancy*, 12 fév. 1908, la photographie d'une vieille femme de 80 ans, atteinte d'une douleur névralgiforme atroce, persistante, chez qui, au lieu de l'éruption de zona ophtalmique attendue, apparut un placard ecchymotique avec taches plus violacées, plus foncées, occupant très nettement le territoire du nerf frontal, deuxième division, moyenne, de la branche ophtalmique de Willis, elle-même branche supérieure du trijumeau.

En outre, cette manifestation se produisit en mars-avril, époque d'élection des zonas, en même temps que plusieurs cas de zonas au service.

L'auteur rapproche ce fait, non encore décrit, de deux cas de purpura sur la région sciatique de la thèse de Faisans, et d'un cas « d'ecchymoses spontanées survenues à la face dans le cours d'une névralgie faciale » rapportée par M. Bouchard d'après Brown-Séquard.

M. Etienne attribue ces ecchymoses zoniformes spontanées ou à la lésion des filets sympathiques lésés en même temps que les branches sensitives qu'ils accompagnent, ou à un retentissement sur l'appareil sympathique connexe de lésions des cellules des ganglions des racines postérieures atteintes à la suite de la névrite sensitive, et déterminant dans les deux cas les phénomènes de vasodilatation, de même qu'ils peuvent déterminer les accidents trophiques de l'herpès zoster, et entre ces deux types le zona hémorrhagique.

Il montre ensuite, d'après les expériences de M. Bouchard, Mathieu et Gley, que les lésions du sympathique peuvent déterminer expérimentalement des troubles vaso-moteurs arrivant jusqu'aux ecchymoses. (*Rev. méd. de l'Est*, p. 280, 1908.)

A. Desmoulières et A. Chatin : **Recherches sur l'action des eaux sulfurées dans le traitement mercuriel.** — Il est aujourd'hui pratiquement démontré et admis que, dans les stations sulfurées, on peut facilement et sans risques faire tolérer à des malades syphilitiques des doses de mercure 4 et 5 fois supérieures à celles qu'ils supporteraient normalement, et cela pour la guérison rapide de leurs accidents.

A quoi doit-on attribuer cette tolérance de l'organisme et comment le soufre facilite-t-il cette absorption remarquable ? Tel est le but des recherches que les auteurs exposent en ces termes.

» D'une manière générale,le mercure métallique et ses divers composés employés en médecine, proto-iodure, bi-iodure, benzoate, et surtout les sels acides organiques, passent dans l'économie à l'état de bichlorure de mercure ou de composés tels que : chloro-bromures, chloro-iodures, chloro-mercurates, dont les propriétés, au point de vue qui nous intéresse, sont voisines de celles du bichlorure de mercure. Ces transformations peuvent s'opérer grâce aux chlorures alcalins du plasma sanguin, et les données fournies par la thermochimie viennent à l'appui de l'opinion que nous venons d'émettre,comme doubles décompositions possibles entre les sels de mercure à acides organiques et les chlorures alcalins, doubles décompositions aboutissant au chlorure mercurique ou aux chloro-mercurates.

Quant au calomel, on sait que l'eau bouillante le dissocie en mercure, bichlorure de mercure et oxychlorure ; les chlorures alcalins agissent de même et plus énergiquement encore ; une action suffisamment prolongée doit aboutir définitivement, dans ce dernier cas, au bichlorure de mercure.

Or, le bichlorure de mercure possède la propriété de donner avec les matières albuminoides une combinaison qui se sépare sous forme de précipité blanc, insoluble dans l'eau. On sait que le précipité est

soluble, au contraire, dans un grand excès d'albumine et dans les solutions de chlorures alcalins.

Les expériences que nous avons effectuées tendraient à attribuer aux chlorures alcalins de l'organisme un rôle prépondérant dans la redissolution des albumines précipitées par les sels de mercure ; nous allons voir qu'à ce point de vue les composés sulfurés ont une action beaucoup plus énergique encore.

Connaissant cliniquement la tolérance mercurielle obtenue par les eaux sulfurées, nous avons cherché ensuite à déterminer quel pouvait être leur mode d'action dans l'absorption et la circulation du mercure, et, pour cela, nous avons fait un certain nombre d'expériences qui viennent confirmer celles d'Astrié.

Nous avons dans nos essais cherché à séparer l'action des divers composés susceptibles de se rencontrer dans les eaux sulfurées : hydrogène sulfuré, sulfures, hyposulfites, sulfites et sulfates. Nous résumons succinctement les résultats obtenus :

Si l'on traite une solution très étendue de sublimé (à 2cg. pour 1000, par exemple) par le monosulfure de sodium, la liqueur se colore, mais il ne se produit aucun dépôt ; au contraire, en présence du chlorure de sodium (à 6 g. pour 1000, par exemple), la précipitation du mercure à l'état de sulfure s'effectue très facilement.

2° Fait très intéressant, si l'on répète l'expérience précédente en présence de *sérum sanguin*, on constate que la précipitation du mercure par le monosulfure de sodium n'a pas lieu, même en présence du chlorure de sodium.

3° Les précipités d'albuminate de mercure sont redissous par les composés renfermés dans les eaux sulfurées, beaucoup mieux que par le chlorure de sodium et le pouvoir solubilisant est d'autant plus grand que les produits sulfurés sont plus éloignés de leur terme d'oxydation. Autrement dit, l'hydrogène sulfuré agit plus que les sulfures, les sulfures plus que les hyposulfites, les hyposulfites plus que les sulfites ; quant aux sulfates, ils ne joueraient aucun rôle au point de vue qui nous intéresse.

Nos expériences, trop longues à relater ici, nous permettent de répondre à l'objection très importante faite à l'adjonction de la cure sulfureuse au traitement hydrargyrique. On prétendait que, sous l'influence des sulfureux, il se produisait dans l'organisme un *sulfure de mercure insoluble* ; c'était à cette formation de *sel inerte* que l'on devait attribuer l'innocuité des traitements massifs supportés par les malades soignés aux thermes sulfureux. A l'appui de cette théorie, on faisait valoir l'argument suivant : nous savons que les sulfures possèdent la propriété de donner avec les sels de mercure un précipité de sulfure insoluble.

Nous-mêmes venons de montrer que le chlorure de sodium occasionnait la séparation du sulfure résultant de l'action du monosulfure de sodium sur le bichlorure de mercure en solution étendue. Mais, fait capital, rien de semblable ne se produit lorsqu'on opère en pré-

sence de sérum sanguin, la précipitation du mercure à l'état de sulfure n'a pas lieu, dans ces conditions, même en solution chlorurée sodique. De plus, nous avons dans ce qui précède appelé l'attention sur le pouvoir solubilisant énergique des composés sulfurés à l'égard des albuminates de mercure. Nous avons vu que ce sont les produits sulfurés les moins oxydés qui agissent le plus rapidement ; c'est ainsi que l'hydrogène sulfuré a une action solubilisatrice instantanée. En la circonstance, le laboratoire est d'accord avec la clinique, car les eaux sulfurées considérées comme aidant le plus au traitement de la syphilis sont précisément les sources minéralisées par l'hydrogène sulfuré.

Comme conclusion à ces recherches nous disons donc : les eaux sulfurées agissent non en formant un *sulfure insoluble*, mais en augmentant la puissance solubilisatrice du sérum sanguin à l'égard des albuminates de mercure ; elles permettent d'employer pour les malades les doses considérables de mercure réclamées par la gravité des lésions, sans danger d'intoxication ni accidents mercuriels ; elles activent considérablement la mise en circulation du mercure accumulé dans les tissus, elles rendront donc les plus grands services dans les cas d'intoxication, stomatites, gengivites, entérites mercurielles, etc. » (*Comptes-rendus de l'Acad. des sciences.*)

SABRAZÈS (de Bordeaux) : **Macrophagie dans la lymphocytémie non traitée par les rayons X.** — Un malade atteint de lymphocytémie subaiguë ayant duré un mois et demi, présente dans ses ganglions, et au niveau des nodules de lymphadénie cutanée propagée à l'hypoderme, des phénomènes de macrophagie intense. Le phagocytisme s'exerce sur les lymphocytes plus ou moins intacts.

Les macrophages, cellules du réticulum, de l'endothélium du système caverneux, du tissu cellulo-adipeux, sont très nombreux et acquièrent un volume énorme. Or, la radiothérapie, qui suscite des phénomènes de ce genre, n'avait pas été appliquée à ce malade.

La réaction macrophagique est imputable à l'action stimulante du lymphocytome, aux infections terminales surajoutées (sans polynucléose locale), peut-être enfin à l'influence de faibles doses d'arsenic. (Réunion biologique de Bordeaux, avril 1908, *Société de Biologie de Paris.*)

WICKHAM et DEGRAIS : **Traitement par le radium de certaines cicatrices vicieuses (chéloïdes, acnés chéloïdiennes, écrouelles, brides saillantes.)** — MM. Wickham, médecin de Saint-Lazare et Degrais, chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis, apportent à l'Académie de Médecine une contribution nouvelle à l'étude des effets curatifs du radium.

Déjà leurs recherches précédentes les avaient conduits à établir l'action favorable du radium sur les épithéliomas de la peau (cancers superficiels) et les nœvi vasculaires (taches de vin.)

Aujourd'hui, leur travail porte sur le traitement des cicatrices vicieuses.

Il est accompagné de nombreuses photographies montrant des cicatrices suites d'écrouelles, de brûlures et de divers traumatismes, nivelées et très heureusement modifiées dans leur aspect. D'autres témoignent de l'action particulièrement élective du radium sur les chéloides de formes variées, qu'il s'agisse soit de chéloïdes dites spontanées présternales, soit de chéloïdes consécutives à des acnés chéloïdiennes, à des anthrax, à des cicatrices, etc.

Les auteurs insistent sur le caractère indolore et la commodité du traitement qui permettent les applications des appareils à radium même aux enfants en bas âge. Ils ajoutent que nombre de chéloïdes traitées régressent en quelque sorte par fonte simple sans qu'il soit nécessaire de déterminer de réaction visible thérapeutique.

Aussi bien, ce dernier fait amène-t-il MM. Wickham et Degrais à conclure que :

Certaines tumeurs de la peau, notamment les cancers superficiels, les nœvi vasculaires en tumeurs et les chéloïdes, forment un groupe spécial de lésions qu'on peut considérer comme terrain de particulière élection vis-à-vis du radium. (*Communicat. à l'Acad. de méd.*, 26 mai 1908.)

DÉCRÉQUY : **Chancre syphilitique de la langue survenu après une extraction dentaire chez un enfant de huit ans.** (*Rev. de stomat.*, n° 10, oct. 1907.) — Observation d'un garçonnet de huit ans, chez lequel se développa sur le bord droit de la langue une ulcération offrant les caractères d'un chancre induré et ayant débuté trois semaines après l'extraction faite par un dentiste de la deuxième molaire inférieure droite de première dentition.

L'apparition de la roséole confirma peu après le diagnostic de syphilis. H. F.

BALZER et GALUP : **Chancre mou du prépuce.** (*Bull. Soc. Derm.* fév. 1908.) — Ce chancre typique tant par ses caractères cliniques que par la nature de ses sécrétions, et avant tout nullement phagédénique, a mérité d'être mentionné en raison de ses dimensions anormales puisqu'il occupait au moment de l'entrée du malade à l'hôpital, plus de la demi-circonférence supérieure de la face externe du prépuce, soit 4 ou 5 centimètres dans ses divers diamètres et semble être l'aboutissant d'une fusion de chancres multiples. H. F.

Alfred FOURNIER : **Paralysie générale débutant à la troisième année d'une syphilis.** (*Bull. Soc. Derm*, février 1908.) — Observation d'un jeune homme de 12 ans, soigné d'abord par Jullien, puis par le Prof. Fournier, chez lequel la paralysie générale a évolué en moins de deux ans, après avoir débuté vers la fin de la troisième année de l'infection, fait infiniment rare, puisque M. le Prof. Fournier a montré que

ses échéances d'apparition les plus ordinaires sont comprises entre la sixième et la douzième année de l'infection. H. F.

NICOLAS et JAMBON : **L'albuminurie chez les galeux.** (*Ann. de Derm.*, février 1908.) — Ce travail confirme l'existence d'une véritable albuminurie ne relevant que de la gale et présentant en clinique une forme simple, sans autre symptôme et disparaissant avec la frotte même, et une forme néphritique véritable pouvant cesser après la guérison et l'affection cutanée ou au contraire persister soit qu'elle procède d'une toxi-infection, soit qu'elle découle par action réflexe de l'irritation cutanée. H. F.

MÜHLIG : **Une observation de grave complication de la blennorrhagie.** (*Munch. med. Wochensch.* 17 déc. 1907.) — Observation d'un homme de 24 ans, chez lequel une thrombose de la veine spermatique se montra au cours d'une déférentite blennorrhagique et se compliqua successivement à vingt jours de distance environ de symptômes d'embolie pulmonaire (fièvre violente, frissons, dyspnée, point de côté et expectation sanguinolente, etc.), sans modifications, d'ailleurs, du côté de l'écoulement uréthral. H. F.

THÉRAPEUTIQUE, PRESCRIPTIONS ET FORMULES

Traitement du zona.

(L. BROCQ).

On peut se contenter de saupoudrer les surfaces malades avec des poudres inertes, poudre d'amidon, de licopode, de talc, de sous-nitrate de bismuth, etc., ou bien avec les poudres opiacées (sulfate de morphine, 1 gramme, lycopode ou amidon, 250 grammes), puis de les recouvrir d'une lame d'ouate antiseptique. On renouvelle ce pansement toutes les vingt-quatre heures.

On a essayé de faire avorter les vésicules ; pour cela, on les a ouvertes et on a cautérisé l'intérieur avec le crayon de nitrate d'argent ; on a aussi badigeonné les surfaces atteintes avec une solution de nitrate d'argent ou d'acide picrique ou avec une solution alcoolique de perchlorure de fer ; c'est à ce dernier procédé que nous donnons la préférence. Monneret faisait dans le même but des applications d'emplâtre de Vigo. Méran a conseillé de recouvrir les plaques de collodion ; cette dernière pratique est parfois efficace, mais elle peut être dangereuse.

Il faut, en effet, avoir grand soin de ne mettre de collodion que sur des vésicules jeunes, car si l'on a le malheur de l'appliquer sur des vésicules adultes, au lieu de les faire avorter, on les fait creuser davantage, et l'on provoque des ulcérations profondes et des cicatrices indélebiles. A partir du quatrième jour ou du cinquième jour, il ne faut jamais se servir de ce procédé.

On a préconisé toutes sortes de topiques contre le zoster : l'acide phénique, le cérat saturné, la pommade belladonée, le liniment oléo-calcaire, un mélange d'une partie de camphre pulvérisé, de cinq parties d'oxyde de blanc de zinc et de soixante parties de poudre d'amidon,

des badigeonnages à l'ichtyol (Unna), une pâte renfermant du zinc et de la résorcine (Unna) ; d'après le même auteur, quand les vésicules sont formées, on les empêche de devenir purulentes en appliquant des pâtes de sulfure de zinc, ou des solutions alcooliques de sublimé, d'iodoforme, d'acide phénique, de résorcine.

E. Vidal emploie une pâte faite avec de l'amidon et du baume tranquille. On applique une première couche de baume, puis on saupoudre d'amidon ; on laisse sécher ; on applique une deuxième couche de baume, une nouvelle couche de poudre et ainsi de suite. On forme par ce procédé une sorte de croûte protectrice qui met l'éruption à l'abri des contacts irritants et qui calme les douleurs.

Lorsque celles ci sont trop vives, on se sert d'un liniment au chloral ou au chloroforme, de pommades renfermant de l'opium, de la belladone, de la cocaïne, de l'extrait fluide de grindelia robusta (Duhring), etc.

Hardy conseille, lorsqu'il se produit des ulcérations, d'appliquer d'abord des topiques émollients et même des cataplasmes de riz ou de fécule ; puis, lorsque les phénomènes inflammatoires ont disparu, de panser les plaies avec de l'oxyde de zinc ou du sous-nitrate de bismuth. Le sous-carbonate de fer, l'iodol, l'aristol, rendent des services dans ces cas.

Lorsque le zona se complique de gangrène et de suppurations abondantes, on fait des pansements antiseptiques à l'acide borique, à l'acide phénique, à l'alcool, etc.

Voici la méthode de traitement local qui nous paraît être la plus rationnelle dans les cas simples :

1° On badigeonne toutes les plaques érythémateuses non vésiculisées, ou ne présentant qu'un début de vésiculation avec une solution de perchlorure de fer à 26 degrés B. pour les faire avorter ;

2° On ouvre avec soin toutes les vésicules, dès qu'elles se sont formées, au moyen d'une fine aiguille flambée ;

3° On lave avec de l'eau boriquée légèrement alcoolisée ;

4° Si l'inflammation est vive et les téguments tuméfiés, on panse avec du liniment oléo-calcaire boriqué ou phéniqué, et de l'ouate antiseptique ; si l'inflammation est nulle et très modérée, on se contente de poudrer avec de la poudre d'amidon et de recouvrir d'une couche d'ouate, ou bien on met d'abord une pommade à l'oxyde de zinc au dixième, renfermant un vingtième d'acide borique ou d'ichthyol en poudre par-dessus avec de la poudre d'amidon, puis on met une couche épaisse d'ouate.

Si les douleurs sont trop vives, on incorpore à cette pommade du chlorhydrate de morphine ou du chlorhydrate de cocaïne.

On a ainsi un enduit adhérent, protecteur, antiseptique, qui n'est pas occlusif, et que l'on peut rendre sédatif pour les douleurs.

Le zona ophtalmique exige une surveillance constante de la part du médecin ; il laisse, en effet, le plus souvent des cicatrices indélébiles ; aussi faut-il s'efforcer de faire avorter les vésicules, ou, tout au moins de les ouvrir et de les panser aseptiquement, puis de diriger leur cicatrisation ; de plus, il donne lieu à des douleurs extrêmement violentes et à des complications oculaires parfois des plus graves qui réclament l'intervention d'un oculiste.

Lorsque la conjonctive est seule intéressée, de simples lotions boriquées peuvent suffire ; mais lorsqu'il se produit des accidents plus sérieux, en particulier des poussées glaucomateuses, la question de l'intervention chirurgicale peut se poser. (Voir pour plus de détails, les traités d'ophtalmologie.) (*La Clinique*, n° 3, 17 janv. 1908.)

Une nouvelle méthode de traitement de la syphilis.

(Lentzmann.)

Lentzmann obtient des résultats très encourageants par l'emploi des sels de quinine dans le traitement de la syphilis. Cette action est surtout évidente dans les manifestations secondaires.

Sous l'influence de la quinine, la roséole pâlit rapidement, et les plaques muqueuses se cicatrisent.

L'auteur emploie le chlorhydrate

de quinine en injections intraveineuses (chlorhydrate de quinine, 10 grammes, NaCl, 0 gr. 75 centigr. Aq. stérilis 100 gr.) L'action se traduit par une leucocytose très manifeste. Pour augmenter encore cette action de la quinine, l'auteur préconise l'emploi simultané d'une combinaison de la quinine avec l'acide nucléinique, en suspension huileuse (1:20), administrée en injections intra musculaires. Chaque jour on administre 50 à 60 centigrammes de chlorhydrate de quinine en injections intra-veineuses. En même temps, tous les trois, quatre ou cinq jours on pratique une injection intra-musculaire de nucléinate de quinine. (*Deutsche med. Woch.* n° 10, mars 1908, et *Journ. méd. de Bruxelles*, p. 2?8.)

Traitement du chancre mou.

(Salamo.)

Il n'y a pas de traitement véritablement spécifique du chancre mou. Aussi Franceschini (1) a-t-il essayé de trouver une méthode plus rapide et plus sûre que celles qui sont habituellement employées.

Sans doute le chancre mou est une affection locale, de nature bénigne, mais il n'en est pas moins vrai que, par sa tendance au phagédénisme, il peut ouvrir la porte à des complications longues et parfois redoutables, surtout au niveau des ganglions.

Le but du médecin doit être, semble-t-il, de transformer cet ulcère, qui emprunte son caractère spécifique au bacille de Ducrey, en une plaie quelconque, banale, qui tende à guerir spontanément. Cette transformation est obtenue par la cautérisation au moyen d'acide phénique, par exemple, cautérisation qui n'est d'ailleurs pas sans danger, car si ce caustique agit merveilleusement sur le bacille de Ducrey, il présente en même temps sur les tissus une action telle que pendant un certain temps la plaie reste torpide et ne se cicatrise pas.

L'idéal serait de posséder une substance possédant les avantages de l'acide phénique sans en avoir les inconvénients. Après de nombreux essais, l'auteur propose la solution suivante :

Camphre rectifié.....	6 grammes.
Acide phénique......	3 —
Alcool rectifié........	1 —

Ce mélange est un liquide limpide, incolore, semblable à de l'eau, il a déjà été utilisé dans l'anthrax, dans les panaris, et, jamais encore on ne l'a conseillé dans le chancre mou.

Sous cette forme, l'acide phénique perd toute causticité, et cependant il peut être employé à très hautes doses ; voici comment l'auteur l'utilise : après avoir lavé le chancre et toutes les parties environnantes avec une solution antiseptique, il laisse tomber au milieu du chancre une ou deux gouttes du liquide indiqué ; le malade ne ressent aucune douleur, aucune brûlure, l'auteur prend alors un petit tampon de coton hydrophile, à peu près de la grosseur du chancre, l'imprègne de la solution, puis l'applique sur le chancre directement, en exerçant même une légère compression, Il recouvre ensuite le tout de coton et de gaze, puis renvoie le malade, en lui recommandant de ne pas toucher à son pansement pendant dix ou douze heures. Celui-ci doit ensuite continuer son pansement, c'est-à-dire qu'après avoir nettoyé l'ulcère, il doit refaire la même application deux fois par jour ; cette application ne doit durer que deux ou trois heures, après quoi on lave, on essuie, puis on applique de l'euphorine, qui est certainement la poudre la plus cicatrisante.

Avec ce procédé, l'auteur a guéri une cinquantaine de chancres mous, dans d'excellentes conditions ; c'est donc une méthode simple, facile, indolore et efficace, qui doit être essayée. (*La Clinique*, n° 44, 1er nov. 1907.)

(1) *Giorn. ital. d. mal. ven. et Giorn. intern. d. Sc. mediche*, 1907, p. 137.

Traitement des brûlures graves.

(Galand.)

M. Galand (Cambrai) a eu l'occasion de soigner de grands brûlés, dans les sucreries et verreries de l'arrondissement de Douai et

dans les mines et il recommande la mixture suivante qui, appliquée au pinceau sur toute l'étendue des parties lésées, a procuré immédiatement aux malheureux une sensation de fraîcheur et d'analgésie qu'il faut surtout attribuer, selon lui, à l'action isolante de la préparation, qui forme une sorte de vernis, remplaçant l'épiderme enlevé :

Acide phénique.... .. .	XXV gtt.
Dextrine neutre pulvérisée	125 gr.
Teinture d'aloès succotrin.	65 »
Alcool camphré faible.. ..	30 »
Azotate de plomb chim. pur	3 »
Tannin....................	1 »
Eau de laurier-cerise.......	150 »

Pour que ce baume soit parfaitement homogène, il faut que la dextrine soit réduite en poudre impalpable. On la délaye, ensuite, par petites fractions. On ajoute, pour finir, l'eau de laurier-cerise contenant l'azotate de plomb et l'acide tannique.

On étend au pinceau. On laisse sécher la première couche et, sur les parties les plus endommagées, on fait deux ou trois applications.

L'argent colloïdal dans les affections des voies urinaires

L'argent colloïdal (collargol, électrargol) n'a pas que son action dans les maladies infectieuses générales, il rend aussi des services dans la pathologie des voies urinaires.

Les métaux colloïdaux sont injectés directement dans le sang par voie veineuse ou dans l'épaisseur des tissus (électrargol).

Ils sont dépourvus de toxicité. Les particules possèdent en quelque sorte une vie propre qui les a fait comparer à des ferments. Elles activent les échanges nutritifs, excitent la vie cellulaire et exaltent la phagocytose.

M. le Dr Hamonic (*Assoc. d'Urologie*, oct. 1907) a employé surtout *l'électrargol* qui lui a donné des résultats inattendus dans nombre de cas de tuberculoses osseuses et ganglionnaires.

C'est surtout dans les affections du *testicule*, de *l'épididyme* et de la *prostate* que les résultats sont probants. Ici, on peut injecter directement l'argent colloïdal au centre même des masses morbides.

Dans 7 *épididymites blennorrhagiques*, la guérison a été obtenue entre 6 et 9 jours, et cinq fois il n'y a eu aucune induration secondaire. Les malades ont pu continuer leurs occupations, le testicule étant emprisonné dans le *suspensoir-compresseur* de l'auteur.

Cinq tuberculoses *épididymaires*, traitées de la même façon, peuvent être considérées comme guéries.

Même résultat pour deux *tuberculoses épididymo-testiculaires*.

Le manuel opératoire est des plus simples. Il suffit de piquer l'organe dans les points les plus malades et d'injecter une certaine quantité de liquide, qui varie suivant le volume de la lésion et la sensibilité du sujet. Il importe surtout, pour le testicule, de faire pénétrer l'électrargol avec beaucoup de lenteur.

Trois *tuberculoses prostatiques* ont aussi été soignées par l'auteur. L'un des malades est guéri et les deux autres, encore en cours de traitement, le sont presque. Pour introduire l'argent colloïdal dans la prostate, on place le sujet dans la position genu-pectorale. A l'aide d'une valve mince, on découvre la paroi antérieure du rectum et l'on pique la glande dans son point le plus malade. Le liquide peut refluer au méat s'il existe des ulcérations de l'urèthre postérieur. Une certaine réaction se produit après l'injection, mais elle n'est jamais bien violente.

M. Jeanbrau, de Montpellier (*ibid*), a obtenu des résultats satisfaisants avec le collargol dans les affections aiguës et chroniques de la vessie. Les injections intra-vésicales de 10 centimètres cubes à 1 % puis à 2 et 3 % de collargol donnent des résultats aussi bons que le nitrate d'argent et présentent cette grande supériorité sur le nitrate de ne pas être douloureuses.

M. Duhot, de Bruxelles (*ibid*), s'il a employé le collargol dans le traitement de la blennorrhagie aiguë et chronique et sans obtenir de résultat bien appréciable, par contre s'en est bien trouvé dans le traitement de l'épididymite blennorrhagique. Là, les injections d'électrar-

gol à la dose journalière de 2 centimètres cubes semblent donner de très bons résultats en diminuant rapidement la douleur et les phénomènes inflammatoires.

En résumé, dans les tuberculoses épididymo-tuberculeuses, si rebelles à la thérapeutique courante, le praticien semble pouvoir trouver dans les injections locales d'électrargol une médication active. Dans les épididymites blennorrhagiques, une diminution dans la production et la durée des phénomènes inflammatoires semble également suivre l'emploi de la médication. (*J. des Prat.* n° 44, 2 nov. 1907).

Bains médicamenteux.

Bains émollients (Dermatoses aiguës) : Bain de son, 1 à 2 kilogrammes de son pour un bain. — Bain d'amidon, Amidon 500 grammes; eau, 1.000 grammes, que l'on ajoutera à l'eau du bain. — Bain de gélatine : 2 livres de gélatine mélangée à l'eau du bain.

Bain glycériné (Ichthyose) : glycérine, 56 grammes ; gomme adragante, 20 grammes ; à mélanger à l'eau du bain.

Bains alcalins (Prurits, psoriasis, lichen) : à la dose de 120 grammes, le carbonate de soude est un calmant ; à haute dose (500 ou 1.000 grammes), il devient un irritant et un véritable substitutif.

Formule de Cazenave :

Bicarbonate de soude.	1.000	gr.
Chlorure de sodium...	30	—
Chlorure de calcium...	150	—
Sulfate de calcium.....	150	—
Sulfate de magnésie...	45	—
Sulfate de fer..........	2	—

Formule de bain de Plombières :

Carbonate de soude.....	58	gr.
Sulfate de soude........	37	—
NaCl....................	17	—
Gélatine................	17	—

Très efficace dans les prurits et le pityriasis versicolor.

Dans la séborrhée, les eczémas secs, les prurits, la gale, l'érythème tenace, le pemphigus, bains sulfureux. Le bain sera à 33°, car à 35 ou 37 il est excitant.

Bain salé dans la scrofule : 1 à 9 kilogrammes de chlorure de sodium par bain.

Bains antiseptiques dans les affections parasitaires et syphilitiques.

Bain au sublimé :

Sublimé................	20	gr.
Alcool..................	50	—
Eau.....................	200	—

Bain phéniqué : phénol, 30 grammes pour un bain de 300 litres.

Dans l'eczéma vésiculaire, on recommande le bain avec :

Acide phénique.........	10	gr.
Acétate de plomb.......	250	—

Bain boriqué : 100 à 250 grammes d'acide borique par bain (eczémas infectés, folliculites).

Bain naphtolé : 5 à 10 grammes de naphtol solubilisé dans l'alcool.

Bain résorciné : 30 à 90 grammes.

Bain avec 10 grammes de permanganate de potasse, dans la gale, la phtiriase, le pemphigus foliacé, l'eczéma chronique.

Pour le psoriasis, on conseille encore des bains avec :

Goudron de houille.....	300	gr.
Alcool à 95°............	200	—
Ether...................	100	—

Enduire le malade avec cette solution, laisser sécher, puis lui faire prendre un bain avec :

Huile de cade..........	50	gr.
Jaune d'œuf n° 1.		
Extrait fluide de quillaya	40	—
Eau q. s. pour..........	250	—

(*Gaz. hebdom. des Sc. méd.* de Bordeaux 9 août 1908.

Emploi du thigénol en dermatologie

Indications. — Eczémas aigus et chroniques, séborrhées, intertrigo, prurigo, acné, psoriasis, urticaire, gale, brûlures, furonculose, fissures du sein, érysipèle, etc.

Action thérapeutique. — Réducteur faible, analgésique, kératoplastique, antiseptique et décongestionnant.

Mode d'emploi. — Applications directes ou badigeonnages. Pommades et onguents à 10 et 20 pour 100. Solutions aqueuses, glycéri-

nées, alcooliques à 10 et 50 pour 100. Savon à 10 pour 100.

Eczéma chronique.

Thigénol « Roche »......	àà	10 gr.
Tannate de bismuth....		
Oxyde de zinc..........		
Vaseline blanche.........		60 gr.
Lanoline.................		20 gr.

F.S.A Pommade.—Usage externe.

Séborrhées

Thigénol « Roche »...	4 à	8 gr.
Oxyde de zinc...........	àà	10 gr.
Amidon................		
Vaseline...............		
Lanoline..............		

F.A.S. Pommade.—2 fois par jour.

Erysipèle

Thigénol « Roche ».......	10 gr.
Collodion élastique......	20 gr.

Application 2 fois par jour.

Eczéma aigu

Thigénol « Roche »	5 gr
Alcool à 80°............	100 gr.

F.S.A. Solution pour lotions.—2 fois par jour.

Furonculose

Thigénol » Roche »......	àà 10 gr.
Alcool à 90°............	

F.S.A. Solution pour badigeonnages matin et soir.

Psoriasis

Thigénol « Roche »....	àà 10 gr.
Glycérine	

F.S.A. Solution.—2 fois par jour

Urticaire

Thigénol « Roche »......	20 gr.
Eau distillée..........	àà 50 gr.
Alcool rectifié..........	

F.S.A. Solution.— 2 fois par jour.

Emploi des grands lavages d'après la méthode de Kalt dans le traitement de la blennorrhée des adultes.

(H. Davids).

L'auteur publie les résultats obtenus à la clinique ophtalmologique de l'Université de Gœttingue, sur des adultes et des nouveau-nés. Dans la blennorrhée des nouveau-nés, les grands lavages furent bientôt supprimés, quand on s'aperçut que la cornée, dans plusieurs cas, présentait des opacités et que les ulcérations s'agrandissaient tandis que les phénomènes inflammatoires du côté de la conjonctive rétrocédaient promptement. C'est alors que chez les nouveau-nés, l'ancien mode de traitement a été repris (application de sublimé, de glace, de scarification, toucher avec le crayon de nitrate d'argent). Cette décision fut facile à prendre, parce que la blennorrhée des nouveau-nés, quand elle est traitée à temps, guérit ordinairement assez facilement par l'ancien traitement. Il en était tout autrement de la blennorrhée des adultes. Celle-ci, comme on le sait, prend souvent une tournure grave, et bien souvent des complications sérieuses ne pouvaient être évitées. La méthode de Kalt, appliquée aux adultes, tint ce qu'on attendait d'elle. Chez 12 malades avec 15 yeux atteints d'ophtalmie blennorrhagique, elle eut les meilleurs résultats. Les grands lavages furent prescrits dans les premiers temps trois fois par jour, puis deux fois jusqu'à cessation de la sécrétion purulente. En même temps, les applications de sublimé et de glace furent employées et le cul-de-sac conjonctival, entre les grands lavages avec le permanganate, fut nettoyé toutes les fois que les sécrétions s'y accumulaient. Dans les affections légères de la cornée, ce traitement suffisait à lui seul, et dans les affections graves les enveloppements à la glace furent abandonnés, et un simple pansement fut appliqué. La nuit, les grands lavages étaient suspendus, et on se contentait d'applications de sublimé et de glace, et de lavages avec l'ondine.

L'auteur employait une solution de permanganate plus faible que ne le prescrit Kalt 1 p. 15.000, et il laissa de côté l'ajutage, et pratiquait les lavages avec un irrigateur et un tube de caoutchouc muni d'un tube de verre émoussé et faisait pénétrer le liquide dans le cul-de-sac conjonctival, si possible, après avoir placé les paupières en ectropion ou les avoir simplement écartées l'une de l'autre. Chez tous les malades, ces lavages furent employés à leur entrée à la clinique, sans provoquer aucune douleur, mais la plupart du temps un soulagement considérable. Dans tous les

cas, on constata que la plus forte suppuration décroissait en un à trois jours d'une façon surprenante et était tarie au bout de huit à quinze jours. La forte décroissance de la suppuration était constatée chez les malades qui avaient été traités d'abord avec d'autres médicaments. Avec la suppuration disparaissait régulièrement le gonflement des paupières et de la conjonctive.

En ce qui concerne l'action des grands lavages sur la cornée, on n'observa que d'heureux résultats. Dans aucun cas, la cornée ne subit d'altération ; au contraire, on obtint souvent une amélioration directe des kératites. Les opacités de la cornée, les infiltrations et les ulcérations rétrocédaient rapidement sous l'action de grandes irrigations, même chez les malades qui avaient été soumis vainement à une autre thérapeutique.

Sur 15 ophtalmies traitées d'après la méthode de Kalt, 9 étaient monolatérales et l'œil sain était toujours protégé par un pansement au collodion.

Malgré des affections très graves aucun œil ne fut perdu complètement. Ces résultats doivent être considérés comme favorables, surtout si on pense qu'il ne s'agissait presque que de cas très graves.

Quand on compare ces résultats avec ceux obtenus par les anciennes méthodes, il est surprenant de voir tant d'yeux irrémédiablement perdus autrefois malgré un traitement énergique. (*Klin. Monatsblatter f. Augenheilkunde* et *B. G. de Ther.* mai 1908.

Traitement de la teigne tondante.

Chez une jeune fille qui présentait dans la région occipitale une plaque de teigne tondante de 3 pouces de diamètre, le Dr Mc. Juerny aurait employé avec succès le traitement suivant :

Pendant deux semaines environ, badigeonnage quotidien de la plaque, avec une solution de formaldéhyde à 20 %, jusqu'à survenance d'une réaction inflammatoire. Puis applications de pommades lénitives, jusqu'à disparition de toute trace d'inflammation locale, puis reprise des applications de formaldéhyde, et ainsi de suite. Guérison au bout de six mois de traitement. (*British. medical Journal*, janvier 1908 et *Rev. Int. de Clin. et de Th.*)

Traitement du psoriasis.

(Saalfeld).

Comme le traitement du psoriasis est basé, en fin de compte, sur une irritation du tégument, et que cette dernière peut provoquer l'apparition de squames, il peut arriver qu'un psoriasis récent s'aggrave par une médication trop active. Chez les sujets bien nourris, l'arsenic peut devenir nuisible ; le végétarianisme en revanche peut alors donner des résultats remarquables.

En général, les examens urinaires sont à recommander en cours de traitement, quelle que soit la médication choisie. Parmi celles-ci, l'auteur recommande le topique suivant :

Acide salicylique...... } Chrysarobine......... }	ââ 10 gr.
Savon vert............ } Vaseline jaune .... }	ââ 25 gr.

Usage externe. — Une application par jour. Ne pas donner de bains au cours du traitement.

Chez les psoriasiques indigents, on se contentera d'appliquer deux fois par jour sur les plaques un peu de savon vert mélangé à de l'eau ; on donne un bain quand l'épiderme se détache.

Dans ces derniers temps, la radiothérapie a rendu des services marqués : les psoriasiques ainsi traités refusent, en cas de récidive, de recourir aux anciennes médications. (*Ther. Monat* janv. 1908 et *Rev. in. de Ther. méd. chir.*)

Une nouvelle méthode de traitement des bubons.

(Fiegl)

En cas d'engorgement ganglionnaire strumeux tant soit peu volumineux, le Dr Fiegl préconise la conduite suivante : applications de compresses d'eau blanche jusqu'au moment où l'existence d'une suppuration est devenue certaine. Incision d'un seul fragment de la masse ganglionnaire et, autant que possible, d'un fragment à siège cen-

tral. Agrandissement de l'ouverture jusqu'à ce qu'elle atteigne 8 à 10 millimètres. Introduction d'une petite curette, évacuation du pus,sans curettage. En procédant de la sorte, on n'a point d'hémorragie à redouter. On fait ensuite un lavage de la cavité de l'abcès, et on se sert, *ad hoc*, d'une seringue qui jauge environ 100 c.c., et d'une solution de lysol à 2 %. Tamponnement léger avec une bandelette de gaze, large de 3 à 4 centimètres, imbibée d'une solution de lysol et de formaline :

Eau	50 grammes
Lysol	1 »
Formaline à 40 %	VI à X gout.

M. —

Pansement sec à la gaze, qu'on renouvelle quotidiennement au début, puis tous les deux ou trois jours. La guérison est de règle au bout de trois semaines, sans que le patient soit obligé d'interrompre ses occupations, dans l'intervalle. (*Munchener medizin. Wochens.* 1907 n° 37 et *Rev. Intern. de Clin. et de Ther.* p. 183, 1908.)

Le formol contre l'hyperhydrose plantaire.

M. Viéla indique comme il suit la marche à suivre pour l'application du traitement, qui comprend deux temps :

On applique d'abord un certain nombre de couches de solutions de concentration croissante qui suppriment la transpiration, puis on maintient ce résultat par des applications périodiques.

Premier jour : le matin, à midi et le soir, passer, au moyen d'un pinceau, une couche de solution au 1/3 de formol du commerce sur la surface plantaire ;

Deuxième jour : trois applications semblables avec la solution au 1/2 ;

Troisième jour ; trois applications semblables avec la solution pure.

Pour maintenir le résultat acquis, faire, tous les huit jours, une seule application de formol pur. Chez beaucoup de sujets, cette application ne doit être renouvelée que tous les quinze ou vingt jours.

Si l'application cause une cuisson trop vive, on lave à l'eau ordinaire et on recommence avec une solution à un titre plus faible.

Le formol possède l'avantage de durcir légèrement l'épiderme et de supprimer la transpiration avec toutes ses conséquences désagréables. En outre, quelques gouttes instillées dans les chaussures suffisent à les désodoriser et à les désinfecter.

La transpiration palmaire peut être corrigée par le même procédé. (*Archives de Méd. et de Pharm. militaires.*)

Pour enlever les taches de permanganate.

Taylor recommande l'emploi de l'eau oxygénée pour enlever les taches faites par le permanganate de potasse. De même, après s'être lavé les mains au permanganate, le chirurgien pourra enlever très facilement la coloration brune en versant sur les mains de l'eau oxygénée. Ce dernier produit est, en effet, un excellent antiseptique : il n'attaque pas l'épiderme comme les solutions d'acide oxalique et il n'a pas l'odeur désagréable du bisulfite. (*N. Y. med. Journ.*, 29 sept. 1906, in *Press. méd.*, n° 46, 8 juin 1907.)

Pilules kératinisées de Unna.

Runge a communiqué au *Pharmaceutische Zeitung* (1907), comme préconisée par Unna, une note sur la préparation des pilules kératinisées. La composition de l'excipient gras employé est la suivante ;

Cire jaune	15 gr.
Graisse de bœuf fraîche	85 —

Faites fondre et ajoutez la solution :

Coumarine	0 gr. 10
Alcool à 90 degrés	5 gr.

Mêlez intimement et évaporez l'alcool au bain-marie.

Comme excipient secondaire, on emploie différentes poudres, particulièrement l'hydrate d'alumine (bol blanc), le kaolin, la poudre de charbon, la fleur de riz, additionnées d'un peu de savon. Les pilules, ainsi préparées, sont enduites à cinq ou six reprises avec une solution de kératine (1 p. 30) d'ammo-

niaque). Pour empêcher les pilules de se coller les unes aux autres, on les roule, lorsqu'elles sont sèches, dans la poudre de graphite. C'est là une précaution indispensable, car le revêtement de kératine serait endommagé et le médicament ne produirait pas l'effet attendu.

Voici deux formules de pilules recommandées par Unna :

A. Pilules d'acide arsénieux.

Acide arsénieux.........	0 gr. 50
Charbon végétal pulvérisé	3 gr.
Savon méd. pulvérisé.....	0 gr. 50
Excipient gras............	6 gr.

Triturer l'acide avec la poudre de charbon, faire une masse avec le savon pulvérisé et l'excipient gras ; divisez en 100 pilules, chacune contenant 0 gr. 005 d'acide arsénieux.

B. Pilules de protochlorure de fer.

Chlorure de fer desséché	3 gr.
Kaolin..................	5 gr.50
Amidon de riz...........	5 gr.
Savon méd. pulvérisé....	1 gr.50
Excipient gras..........	10 gr.

Triturer le protochlorure de fer avec le kaolin. D'autre part, mélanger le savon pulvérisé et le riz. A l'aide de l'excipient faire une masse du tout et diviser en 100 pilules. Chaque pilule contiendra 0 gr. 03 de $FeCl^2$. (*Chemist and druggist*, 1907, p. 446, et *Union pharm.*, n° 1, janv. 1908).

Végétations vulvaires chez la femme enceinte.

(Rudaux.)

1° Faire deux fois par jour une injection vaginale sous faible pression avec deux litres d'eau bouillie, dans laquelle on mettra un des paquets suivants :

Permanganate de potasse.. 1 gr. pour un paquet.

2° Après l'injection, faire une irrigation sous forte pression en se servant d'un bock et d'une canule percée d'un seul trou, employer une solution d'aniodol à 1 pour 1000, ou de lusoforme à 10 pour 1000.

3° Recouvrir les végétations de la poudre suivante :

Oxyde de zinc............	10 gr.
Tannin...................	10 —
Talc.....................	30 —

4° Badigeonner tous les deux jours les végétations avec un tampon bien imbibé de la solution suivante :

Nitrate d'argent..	10 gr.
Eau distillée.............	100 —

ou les toucher légèrement à l'eau oxygénée pure ou avec de l'acide chromique :

Acide chromique...........	10 gr.
Eau distillée..............	20 —

Si les végétations sont très volumineuses et suintantes, les enlever au thermo-cautère dans le courant du neuvième mois, appliquer ensuite de la poudre d'aniodol. (*La Clinique*, n° 21, 22 mai 1908).

Bain contre l'urticaire.

(G. Bardet).

Carbonate de potasse pulvérisé..........	90 gr.
Carbonate de soude pulvérisé...........	60 —
Borate de soude pulvérisé.............	30 —
Amidon............ .	100 à 200 —

Mêlez, puis ajoutez à l'eau du bain. Après le bain, frictionner légèrement la peau avec du glycérolé d'amidon contenant, pour 30 grammes, de 0 gr. 30 à 0 gr. 60 d'acide phénique. (*Clin.*, n° 20, 15 mai 1908).

Cachets mercuriels.

(Alex. Renault et Mazeron).

Protoiodure de mercure..	5 cent.
Poudre d'opium brut......	1 —
Poudre de quinquina......	9 —

Donner 2 à 3 cachets par jour. (*J. de méd.*, Paris, n° 21, 23 mai 1908.)

Liniment contre l'arthrite blennorrhagique.

(Bourget.)

Acide salicylique.........	aa 10 gr.
Essence de térébenthine.	aa 10 gr.
Axonge	aa 10 gr.
Lanoline.................	80 gr.

Ne pas oublier qu'il est prudent de ne pas immobiliser complète-

ment une articulation trop longtemps. (*J. de méd. de Paris*, n° 21, 23 mai 1908.)

Contre l'orchite.

1° Pour les six premiers jours,

Pommade :

Gaïacol	14 gr.
Axonge	64 gr.

Frictionner doucement et appliquer une couche de charpie. Envelopper le testicule dans du coton et porter un suspensoir.

2° Au bout de la première semaine, faire une application locale avec la pommade suivante :

Onguent mercuriel	ââ 4 gr.
— belladoné	
Ichthyol	
Lanoline	

(*J. de méd. de Paris*, n° 21, 23 mai 1908.)

Badigeonnages contre la pharyngite chronique.

(HEINDL.)

Acide trichloracétique	0 gr. 15 à 30 cent.
Iodure de fer	0 gr. 15
Iodure de potassium	0 gr. 20
Glycérine	30 gr.

(*J. de méd. de Paris*, n° 21, 23 mai 1908.)

Attouchements contre les ulcérations syphilitiques.

(HEINDL.)

Quinosol	1 à 2 gr.
Eau de roses	20 gr.

(*J. de méd. de Paris*, n° 21, 23 mai 1908.)

Solution pour cautériser le chancre mou.

(FRANCESCHINI.)

Dans le but de transformer l'ulcère en une plaie quelconque qui tende à guérir spontanément, après avoir lavé la région, laisser tomber au milieu du chancre une ou deux gouttes du liquide suivant :

Camphre pulvérisé	6 gr.
Acide phénique	3 gr.
Alcool rectifié	1 gr.

qui ne détermine aucune douleur (il en serait autrement avec l'acide phénique pur). Ensuite imprégner du liquide un petit tampon du volume du chancre, l'appliquer sur la plaie et l'y maintenir à l'aide de coton et de gaze. Faire deux pansements par 24 heures ; le tampon ne doit rester sur la plaie que pendant 3 ou 4 heures et céder alors la place à une poudre cicatrisante. (*J. de méd. de Paris*, n° 21, 23 mai 1908.)

Traitement précoce de la syphilis.

(THALMANN.)

Généralement, on attendait l'apparition des phénomènes secondaires pour assurer le diagnostic, ce qui excluait le traitement précoce.

Avec la découverte du spirochète, cette réserve devient caduque. On mettait aussi en avant, comme argument contre le traitement précoce, les observations d'après lesquelles les récidives, dans ces cas, étaient plus rapprochées et l'étendue des efflorescences plus grande. L'auteur démontre que ces caractères sont dus, d'un côté, à l'immunité moindre ; de l'autre, à l'isolement des foyers, et ne signifient nullement que le processus ait empiré. Si le traitement ne commence que tardivement, quand les signes généraux existent depuis plusieurs semaines, alors on obtient le plus long délai jusqu'à la récidive, parce que l'organisme est infecté à un haut degré, la floraison des spirochètes est énorme et l'abondance de produits de leur décomposition amène la formation de très grandes quantités d'anticorps. Mais cette forte immunité ne se montre pas utile à la longue. L'action tonique générale s'étendant sur une longue période est néfaste pour les organes vitaux. Même si le mercure, aidé par les anti-corps, déploie toute son activité au moment de cette intervention tardive, un certain nombre de spirochètes échappe à la destruction et, quelquefois, au bout des années, lorsque l'immunité décroît, l'agent infectieux peut recommencer ses ravages. Les avantages d'une immunité élevée ne sont pas à dédaigner, mais on ne doit pas l'obtenir par une infection profonde et une intoxication générale de longue durée. Le traitement précoce évite les phénomènes secon-

daires sur les organes génitaux, ce qui diminue extraordinairement le danger de la contagion.

On doit instituer le traitement aussitôt que la présence du spirochète est constatée. On injecte du calomel et du sublimé (1/2 centimètre cube d'une solution à 1 0/0) dans l'affection primaire et on fait une frotte générale. Chez 34 malades on a pu ainsi éviter totalement l'apparition des phénomènes secondaires ou limiter l'affection secondaire à quelques foyers. La connaissance de l'évolution particulière de la syphilis traitée précocement permet d'espérer des résultats de plus en plus favorables. (*Gaz. méd. de Paris*, n° 12, 1907.)

Syphilis cérébrale.

(GRASSET)

1° Faire tous les jours une application et une friction avec l'onguent napolitain : gros comme une noisette, le matin sous les jarrets, le soir sous les aisselles.

Continuer cela pendant dix jours, reposer dix jours ; puis reprendre. Et ainsi pendant deux mois.

Ou, pendant ces mêmes mois, faire tous les huit jours une injection hypodermique profonde (intramusculaire) d'huile grise :

Mercure pur..........	20 gr.
Lanoline....	5 —
Vaseline liquide......	35 —

Injecter chaque fois un dixième de centimètre cube, soit 0 gr. 05 de mercure.

Chlorate de potasse, 4 grammes par jour, en gargarisme et boisson.

2° En même temps, et à la suite, prendre deux cuillerées par jour de :

Eau....................	300 c. c.
Iodure de potassium....	30 gr.

Augmenter d'une cuillerée tous les cinq jours jusqu'à six par jour et continuer à cette dernière dose (soit 9 grammes par jour) jusqu'à soixante jours de traitement ioduré.

3° Après ces deux mois de traitement mixte, tout suspendre pendant un mois et donner simplement trois cuillerées à café par jour de teinture composée de kola arséniée :

Arséniate de soude..	0 gr. 05
Teinture de kola....	āā 50 c. c.
Teinture de coca....	
Acide citrique........	1 gr.

Une cuillerée à café dans de l'eau vineuse ou dans du lait, à chaque repas.

4° Puis, le trimestre suivant, reprendre comme le précédent. Et ainsi à quatre reprises au moins :

Ensuite, traitement comme pour III.

5° Pendant tout le traitement ci-dessus, repos absolu, aucun souci, ni aucune préoccupation.

Veiller à ce qu'il y ait une selle tous les jours. Prendre de plus une purgation tous les huit jours d'abord, tous les quinze jours ensuite : une bouteille de Villacabras ou de Rubinat.

Appliquer fréquemment des sinapismes aux jambes ou des vésicatoires, donner des bains de pied. Si besoin, appliquer un cautère de chaque côté de la colonne, à la nuque.

6° Aller, en été, faire une saison à Aulus. (*Arch. de méd. et de chirurgie spéciales*, avril 1908).

Traitement de la vaginite catarrhale

(CHAMEREY)

Les auteurs décrivent plusieurs formes cliniques de l'infection vaginale, mais dans la pratique, c'est la vaginite catarrhale gonoccoccique qui est de beaucoup la plus fréquente.

Aiguë ou chronique, cette affection est rarement isolée. Elle s'accompagne d'une inflammation plus ou moins profonde du col utérin, car, tandis que la muqueuse vaginale est le siège d'une purulence jaune verdâtre, le même pus sort de l'orifice externe.

La coexistence de ces deux affections, et, d'autre part, le fait bien constaté que l'épithélium vaginal est très résistant au gonocoque, ont amené certains auteurs à penser que la vaginite catarrhale ne pouvait être que secondaire à l'infection utérine.

Cependant, la vaginite primitive existe, des recherches nouvelles l'ont définitivement établi.

Au point de vue clinique, ce qui caractérise la vaginite catarrhale

c'est, au début, une phase suraiguë avec phénomènes douloureux intenses. L'entrée du vagin est rouge, chaude, gonflée; les petites lèvres sont œdémateuses ; la muqueuse est le siège d'érosions et parfois de granulations enflammées. Si l'on écarte les lèvres, et surtout si l'on presse sur le périnée, on voit sortir « un pus jaune filant et très abondant ».

Il faut, sans retard, instituer un traitement énergique, car l'infection va s'étendre à l'utérus, peut-être aux trompes, à l'urètre, et souvent aussi aux glandes de Bartholin.

Beaucoup de médecins se contentent d'ordonner le repos, les bains de siège et les injections antiseptiques. Ces prescriptions nous semblent insuffisantes, car nous avons vu plusieurs fois la vaginite passer à la chronicité malgré le sublimé et le permanganate. Il n'y a pas, en effet, que la septicité à combattre, il y a aussi des lésions congestives et douloureuses dont l'intensité réclame un traitement décongestif et analgésique.

Tandis que 3 fois par jour, nous ordonnons des lavages vaginaux au sublimé (1 p. 1000) ou bien à l'anios (2 p. 100) nous introduisons dans l'intervalle une mèche vaginale représentée par de la gaze trempée dans une solution glycérinée de thigénol à parties égales. Parfois aussi, nous faisons placer par la malade, après chaque injection, un suppositoire ainsi formulé :

Thigénol............	1 gramme.
Extrait de belladone.	2 centigr.
Glycérine solidifiée..	4 grammes.

En quarante-huit heures, les douleurs sont calmées. Dès lors deux injections suffisent et, sans inconvénients, la malade introduit ensuite, matin et soir, un ovule Roche à 30 p. 100 de thigénol.

Les replis vaginaux et l'orifice externe du col sont ainsi humectés par le remède et l'on constate bientôt une puissante décongestion. Le gonflement du début disparaît, les écoulements se fluidifient, deviennent blanchâtres, il n'existe plus de douleur, les érosions de la muqueuse s'effacent. En une semaine environ la vaginite est guérie.

Il faut alors songer à l'utérus que l'infection a pu atteindre et le décongestionner directement. Pour cela, un tampon d'ouate trempé dans la glycérine thigénolée à 50 p. 100, posé tous les deux jours sur le col, fait disparaître les érosions inflammatoires du col. Les écoulements décongestifs provoqués par le remède sortent de l'orifice externe dégorgeant les glandes et les débarrassant des microorganismes.

Quand on suit méthodiquement ce traitement, on n'observe pas de complications infectieuses durables, et la vaginite catarrhale ne passe pas à la chronicité. (*Gaz. des Hôp.*, 18 mai 1908).

Eau dentifrice

(Kothe)

Acide salicylique.......	0 gr. 30
Alcool dilué...........	100 gr.
Acide phénique liquéfié	II gouttes
Essence de menthe poivrée....	V gouttes

En mettre quelques gouttes dans un verre d'eau. (*J. de Méd. de Paris*, n° 21, 23 mai 1908).

Elixir dentifrice

Teinture de gaïac........	30 gr.
Alcoolat de cochléaria composé................	50 gr.
Teinture de pyrèthe composée..................	20 gr.
Teinture de vanille......	10 gr.
Essence de Wintergreen .	1 gr.
Essence d'anis	1 gr.
Menthol..................	2 gr.
Chlorhydrate de quinine..	0 10

Laisser en contact pendant quatre jours, puis filtrer.

Quelques gouttes de ce dentifrice dans un verre d'eau parfumeront l'haleine et assureront la parfaite antisepsie de la bouche. (*B. G. de Thér.*, 15 mai 1908).

Savon dentaire

(Queyrat)

Dans une communication à la Société médicale des Hôpitaux, relative à l'emploi de l'huile grise en injections sous-cutanées, M. le Dr Queyrat insiste beaucoup sur les soins à donner aux dents ; il donne à cet égard la formule d'un bon

savon qui peut être fort utile pour les soins à donner à la bouche :

Savon amygdalin.	40 gr.
Glycérine neutre........	25 gr.
Extrait de ratanhia.. } Borate de soude.....}	àà 1 gr. 40
Essence d'anis........	1 gr. 50
Essence de menthe...	0 gr. 40

Ce savon évite l'irritation des gencives. (*Bull. Soc. méd. des hôp.*

Iodoforme liquide

(J. Maheu)

M. Blanchi prépare un produit qui présente sur l'iodoforme l'avantage de pénétrer plus facilement dans les tissus : voici comment il opère ; on prend :

Potasse caustique.....	35 parties.
Eau....................	25 parties.

On ajoute à la solution :

Acide oléique...... ..	50 parties.
Alcool à 95°...........	30 parties.

Puis à ce mélange on ajoute en agitant constamment :

Iode sublimé..........	30 parties.

On verse alors pour décolorer, quelques gouttes de solution de potasse : après quelques jours de repos à l'obscurité, on décante le liquide qui surnage.

On obtient ainsi un liquide sirupeux, jaunâtre, ayant l'odeur de l'iodoforme, miscible à l'eau, l'alcool, l'éther, le chloroforme, le sulfure de carbone, le terpinol, l'eucalyptol, la créosote. Ce liquide dissout le gaïacol. Il est facilement absorbable lorsqu'il est appliqué sur la peau. (*Bollet. chim. farmac.*. n° 44, *et clin.*, n° 23, 7 juin 1907).

Traitement de l'alopécie post-typhique

(Martinet)

Il faut admettre en principe que le cheveu typhique est condamné à mort ; que, détaché de sa base, il montera lentement dans le follicule pour tomber dans les délais précédemment indiqués En conséquence, que devons-nous faire ?

De toute évidence, il faut débarrasser le plus tôt possible le cuir chevelu de cette broussaille de cheveux morts, et ceci pour de multiples raisons. La première, c'est que l'expérience journalière enseigne qu'après la coupe la repousse est bien plus rapide et bien plus régulière ; la seconde et elle se confond dans une certaine mesure avec la précédente, — c'est que c'est la meilleure façon de ranimer la vitalité du follicule pileux, probablement en assurant une meilleure imbibition d'air et de lumière ; la troisième, enfin, c'est que cette coupe permet précisément de donner au cuir chevelu les soins nécessaires pour le nettoyer, stimuler sa circulation et partant la nutrition du poil.

Quel est le moment opportun de cette coupe ? *A priori*, on peut admettre que le plus tôt est le mieux, et qu'il y a tout avantage au point de vue pileux et même au point de vue de la pratique balnéothérapique à pratiquer cette coupe dès le début de la période d'état, et à en pratiquer une deuxième et une troisième quatre et huit semaines après la première. En fait, toutes les fois que nous avons pu faire ainsi, l'alopécie nous a paru être moins intense et moins tenace. Mais il y a souvent en pratique deux écueils à cette manière de faire : 1° le diagnostic est encore souvent hésitant à la fin du premier septénaire ; 2° le patient est habituellement trop malade à ce moment pour pouvoir facilement supporter l'opération toujours pénible et fatigante, surtout chez la femme, de la coupe des cheveux.

En sorte qu'à l'ordinaire il sera plus sage de reporter la première coupe vers la fin de la première semaine de l'apyrexie, à un moment où le malade a déjà récupéré une partie de ses forces et peut supporter facilement la fatigue inhérente à la coupe et où l'on peut admettre que l'infection étant éteinte et la plus grande partie des toxines pilolysantes étant éliminées, le follicule pileux est plus ou moins apte à récupérer sa fonction. Dans ce cas, il sera souvent fort utile de pratiquer une deuxième coupe un mois à six semaines après la première.

La coupe sera complétée par les soins habituels du cuir chevelu au cours des alopécies. On nettoiera le cuir chevelu une fois par semaine

avec de l'eau et du savon ou avec une décoction de panama. On frictionnera, on lotionnera chaque jour le cuir chevelu avec une lotion excitante du type des suivantes :

Chlorhydrate de pilocarpine..............	0 gr. 40
Ammoniaque liquide...	5 gr.
Alcoolat de lavande....	50 gr.
Liqueur d'Hoffmann...	200 gr.

Usage externe.

Formol commercial...	1 gr.
Acide acétique cristallisé..............	4 gr.
Alcoolat de romarin .	āā 25
Teinture de Jaborandi.	
Acétone anhydre.....	āā 125
Alcool à 96°...........	

Usage externe (Sabouraud).

Il faudra manier la dernière avec prudence car elle est très active et fort irritante.

Quelques soins qu'on prenne, l'alopécie post-typhique est toujours longue, et il sera bon de prévenir patient et entourage que la guérison demandera environ six mois ; mais, en revanche, on peut affirmer — avec une quasi-certitude — qu'elle sera complète et durable. (*Presse médicale*, 18 avril 1908)

Traitement de l'eczéma par de nouvelles préparations de goudron

(Herxheimer)

L'auteur estime que les nombreuses variétés de goudrons minéraux et végétaux employés dans le traitement de l'eczéma ont toutes leurs raisons d'être, car elles présentent des indications spéciales.

Si l'on dissout du goudron de houille dans le terpinol, on obtient une préparation que l'auteur désigne sous le nom de carboterpine : c'est un liquide brun rouge foncé, d'odeur non désagréable, contenant environ 20 p. 100 de goudron.

Cette préparation se montre surtout active dans le psoriasis (15 cas traités) ; la durée du traitement n'est pas, il est vrai, abrégée (2 badigeonnages par jour), mais les résultats sont cependant fort satisfaisants. Dans un cas de prurit, l'affection fut rapidement enrayée, tandis que le prurit ne disparut que lentement dans un cas d'eczéma chronique.

Le médicament spécifique du prurit est le succinol, produit purifié de la distillation de l'ambre.

Le tétrachlorure de carbone est un excellent dissolvant du goudron de houille ; en soumettant à l'évaporation un mélange à 30 p. 100, on obtient un liquide noir brillant, d'odeur non désagréable, nommé par l'auteur carbonéol, dont l'action sur les plaques de psoriasis est durable. Mais c'est surtout dans le traitement de l'eczéma que ce topique rend des services, car il constitue de beaucoup la moins irritante des préparations de goudron. Même concentré, le carbonéol ne provoque aucun phénomène inflammatoire dans l'eczéma aigu ou suintant. L'auteur dispose d'une série de cas d'eczémas jusque-là rebelles aux applications de goudrons divers, qui supportèrent parfaitement le carbonéol. L'eczéma consécutif au traitement du scabiès est tout spécialement influencé par ce topique, ainsi que l'eczéma en voie de lichénification. En l'incorporant à la dose de 5 p. 100 à l'onguent diachylon, on obtient dans l'eczéma palmaire et plantaire.

L'auteur a traité en tout 195 malades.

Les inconvénients du carbonéol sont : sa couleur noire, la lenteur avec laquelle il sèche, et l'apparition, chez quelques personnes, d'érythèmes sur les parties traitées exposées au soleil. On n'observa que deux fois de l'acné médicamenteuse. (*Berl. Klin. Woch.* 20 janvier 1908 et *Rev. de Th. med. Chir.*)

Contre les piqûres de moustiques d'insectes venimeux, de scorpions

Cautériser immédiatement la plaie avec du gaïacol ou de l'acide phénique à 10 °/₀, de la teinture d'iode ou de la solution de permanganate de potasse à 1 % ; cette dernière solution pénètre facilement dans la plaie formée et diffuse en quelque sorte dans les capillaires, détruisant ainsi l'action nocive du venin.

L'ammoniaque, tant vantée, est à peu près inactive ; employée

surtout pour les piqûres de guêpe elle produit une petite vésication dont la douleur dissimule celle due à la piqûre, et de plus son action antivenimeuse est complètement nulle. (La *Pharm. franç.*, 1907, cit. in chirurgien du 6 mars 1908.)

Contre l'urticaire chez les enfants

(Dr SCHARFF

L'A. préconise, à titre palliatif, pour calmer les démangeaisons, l'administration interne d'une solution d'ichtyol (10-30 0/0), à la dose quotidienne XXX gouttes, réparties sur trois prises, et combinée avec des applications (externes) biquotidiennes d'une solution glycérinée d'ichthyol à 5-10 0/0.

Rappelons que dans les diverses variétés de dermatoses, en rapport présumé avec une auto-intoxication d'origine gastro-intestinale, — urticaire, acné rosacée, furonculose, eczémas suintants, etc., etc., — l'administration interne de l'ichthyo-gaïacol, est presque toujours d'une remarquable efficacité. Les capsules glutineuses d'ichtyo-gaïacol dépourvues de toute odeur et de toute saveur désagréables, sont remarquablement bien tolérées, quand on les prend au moment des repas, à doses progressivement croissantes (4 à 12 capsules *pro die*), puis décroissantes. (*The. Monatschft*, 1907, fasc 10 et *Rev. Inter. de Clin.* et de *Thér.* p. 33, 1908).

VARIÉTÉS

Bains et propreté corporelle au Japon.

M. le Dr Bonnette donne dans les *Archives de médecine militaire* la traduction d'un curieux article du Dr Major Bruce Barnett, relatif aux bains et à la propreté corporelle au Japon. C'est là une question d'hygiène des plus intéressantes.

La plus grande impression qu'éprouve le voyageur en visitant le Japon, c'est qu'il peut prendre des bains chauds dans n'importe quelle localité, tout aussi bien dans les grands hôtels de Tokio que dans le hameau le plus perdu.

Les Japonais ont un véritable culte pour la propreté, tant sur leur personne que pour leur habitation. C'est le peuple le plus propre du monde, comme le Chinois en est le plus sale. Hommes, femmes, enfants de toutes les classes de la société, prennent journellement un bain chaud.

La propreté corporelle est chez eux considérée comme une prescription religieuse.

Dans son livre : *Sur le vrai triomphe des Japonais*, le Dr Seaman écrit : «Chaque soldat prenait un bain avant d'aller au feu et se rendait par ce moyen aussi chirurgicalement propre que possible. Dans les casernes, au Japon, il se baignait chaque soir, et pendant les marches à travers la Mandchourie, il prenait au moins deux bains. Sur le front, il s'ingéniait encore pour se laver aussi souvent que possible. »

Les bains sont pris à une température fort élevée entre 40° et 42°. Ils sont publics ou privés. Généralement, ils sont composés d'une large cuve en bois, qui est traversée par un tuyau de cuivre conduisant l'eau

chaude provenant d'une chaudière chauffée au charbon de bois. Chaque matin cette cuve est soigneusement lavée, rincée, puis remplie d'eau froide, ensuite le foyer de la chaudière est allumé, afin que l'eau soit bien chaude le soir.

Dans les grandes villes, chaque maison a sa salle de bains, mais dans les villages ou les petites bourgades il y a un établissement de bains commun. Ces établissements ont tous le même aspect ; seules les piscines diffèrent par leurs dimensions plus ou moins grandes.

A Tokio, il y a environ 1100 installations balnéaires publiques, dans lesquelles 400.000 personnes viennent journellement se baigner.

Le bain est pris le soir après le travail et les Japonais en profitent pour changer de linge et de vêtements. En été, les personnes oisives prennent souvent 3 ou 4 bains.

L'eau de ces piscines est généralement changée une ou deux fois par jour, à moins qu'une source d'eau chaude n'alimente, d'une façon constante et automatique, ces grands réservoirs. Ce fait n'est pas rare car le Japon est un pays extrêmement volcanique, dans lequel abondent les sources de haute thermalité.

Les hommes se baignent les premiers, puis les femmes et les enfants et enfin les ouvriers, qui se réunissent là pour causer des événements du jour.

Cette démarcation n'a rien de rigoureux et il n'est pas rare de voir des femmes se baigner en même temps que les hommes, sans que leur pudeur en soit offensée et sans que les lois de la bienséance en souffrent. Parfois, une simple barrière en bambou les sépare.

Voici comment les Japonais prennent leur bain en public. Après s'être vêtus d'un kimono spécial de bain, ils se groupent autour d'une piscine, remuent l'eau avec de larges pelles en bois pour la rendre uniformément chaude, puis ils se glissent lentement dans l'eau, d'où la tête seule émerge. A ce moment-là, le maître baigneur entonne une vieille complainte, qui est reprise en chœur, et aussitôt que les trois minutes classiques sont écoulées, tous les baigneurs sortent de l'eau et vont s'habiller.

Cette immersion rapide dans un bain très chaud leur procure un état de bien-être, de souplesse, de force, de gaieté, qui serait compromis si ce bain était plus prolongé.

Cette habitude de la balnéation quotidienne est un des secrets de leur résistance et de leur inlassable énergie. Elle nous fait aussi mieux comprendre la mesure qui consiste à faire baigner, dans les ports de débarquement, toutes les troupes au retour du théâtre de la guerre, mesure hautement salutaire qui a étonné notre vieux monde civilisé. (*Journ. de med. et de clin. pratique.* Art. 22011).

Croissance de poils dans le larynx.

Le professeur H. Erbstein a fait à la Société otolaryngologique de Saint-Pétersbourg une curieuse observation dont voici le résumé.



Examen laryngoscopique. — Bande ventriculaire droite augmentée de volume cachant toute la corde vocale correspondante. A la place des cordes fausse et vraie gauches on voit une surface cutanée couverte d'assez longs poils qui croissent dans une direction transversale à la lumière du larynx.

Le malade avait antérieurement subi une hémi-laryngectomie pour carcinome. Dans un but de prothèse plastique, un lambeau cutané pris sur le cou fut retourné en dedans. C'est sur ce lambeau que les poils rasés pendant l'opération ont repoussé. A l'heure actuelle ces poils occasionnent au malade une irritation violente provoquant une toux incessante. La question qui se pose est de savoir quel est le meilleur moyen d'extirper les poils du larynx et d'empêcher leur repullulation. L'épilation ordinaire est dans ce cas difficilement réalisable. (*Rev. de Lar. Ot. et Rhin*, nº 11, 14 mars 1908.)

Photographies en couleurs d'affections cutanées et syphilitiques

M. Louis Spillmann a présenté à la Société de médecine de Nancy huit clichés en couleurs obtenus par lui au moyen des plaques autochromes Lumière, à la clinique des maladies cutanées et syphilitiques.

Ces clichés sont présentés dans un appareil pourvu d'une forte lentille destinée à agrandir l'image et à augmenter la sensation de relief.

Ces huit clichés concernent un cas de chancre diphtéroïde du sillon balano-préputial, deux cas de syphilides papulo- hypertrophiques vulvaires, un cas de syphilides papulo-squameuses du bras, un cas de syphilides ecthymateuses de la cuisse, un cas de syphilides éphéliques du cou, un cas de trichophytie du cou et un cas de lupus pernio de la main.

Ces clichés, obtenus au moyen des plaques autochromes Lumière, sont d'une grande exactitude au point de vue des couleurs et constituent des documents très précieux pour l'enseignement des maladies cutanées et syphilitiques.

Le seul inconvénient de ces plaques au point de vue médical est de nécessiter une pose assez longue qui, dans les salles mal éclairées de la clinique de la Maison de Secours, a atteint en moyenne 3 à 4 minutes. Il est presque impossible, dans ces conditions, d'obtenir du sujet qui veut bien poser devant l'objectif une immobilité absolue : l'image obtenue n'a donc pas toute la netteté voulue.

Réglementation de la prostitution.

On vient de publier les résultats de l'enquête faite en 1894, dans les départements, au nom du ministre de l'Intérieur, par M. Hennequin, sur la réglementation de la prostitution.

Les questions suivantes furent posées aux maires des villes :

1° Les maisons de tolérance sont-elles utilès, nécessaires, indispensables ?

2° Leur suppression entraînerait-elle des inconvénients sérieux et lesquels ?

3° Que pensez-vous de la liberté laissée aux femmes de s'associer pour l'exercice en commun de la prostitution, dans une maison ou un appartement, sans tenancier ressemblant par quelque côté au tenancier actuel et sans qu'il subsiste aucun lien avec l'autorité municipale ou de police ?

87 maires ont répondu à cette enquête ; 13 seulement ne réclament pas le maintien des maisons de tolérance, mais demandent : l'installation de maisons de rendez-vous régulièrement autorisées et l'inscription des femmes sur le registre de la police (Rochefort), la concentration des femmes dans certains quartiers (Pau), l'inscription des prostituées sur les registres de la police et l'obligation de la visite sanitaire (Vienne), l'internement forcé (Pont-à-Mousson), la production d'un certificat médical hebdomadaire (Melun). Le maire de Saint-Etienne regarde la réglementation comme indispensable ; celui de Cherbourg, adversaire de toute réglementation, croit que la suppression des maisons présenterait des dangers.

Un établissement de bains au radium.

Nous avons déjà mentionné la création d'un établissement de bains au radium, poursuivie par le gouvernement autrichien, à Joachimsthal (Bohême), où se trouvent un des plus importants gisements de pechblende ainsi que des sources dont les eaux possèdent une radio-activité très puissante. Le nouvel établissement thermal est en bonne voie d'achèvement. On y traitera surtout des rhumatisants et des goutteux. (*Rev. int. de Cl. et Thér*, 15 mai 1908)

Bacilles typhiques dans les poux des typhoïdiques.

Théoriquement, on peut admettre que les bacilles typhiques qui existent dans l'intestin, dans le sang et dans les taches rosées des dothiénentériques peuvent également se rencontrer dans le corps des parasites animaux (poux et puces vivant sur ces malades). Toutefois, jusqu'ici, la preuve de cette vue théorique n'était pas faite. C'est pourquoi M. Abes a institué une série de recherches sur les poux et les puces des typhoïdiques et des infirmières soignant ces malades. Il a procédé de la manière suivante :

Il plongeait pendant quelques minutes les parasites recueillis dans une éprouvette contenant une solution de sublimé au millième, le lavait à l'eau distillée, puis les triturait dans un mortier. Le produit ainsi obtenu était inoculé sous la peau d'une souris blanche et l'on en faisait des ensemencements sur les milieux habituels. Les bactéries isolées furent soumises à toutes les épreuves de diagnostic employées (coloration par le Gram, culture sur pomme de terre, etc.)

Ces recherches démontraient que, dans 75 % des cas, les poux du corps et les poux de tête des typhoïdiques contenaient des bacilles d'Eberth. Dans deux expériences faites sur des puces provenant d'infirmières, les résultats furent, au contraire, négatifs. (*Méd. Mart.*)

Une singulière idiosyncrasie.

Le Dr Schofield (*The Lancet*, 1908, n° 4410), relatait naguère l'observation d'un garçon de 13 ans, qui est pris d'accidents pseudo-asthmatiques graves, avec urticaire, chaque fois qu'il a ingéré des œufs en nature, ou un mets quelconque préparé avec des œufs. Il attribue ces accidents à ce que l'albumine de l'œuf réagissant sur la sérumalbumine, provoque des transsudations. En faisant absorber à l'enfant de petites quantités d'albumine additionnées de lactate de calcium, Schofield a réussi à le débarrasser peu à peu de sa singulière idiosyncrasie.

Rappelons qu'un fait du même genre avait déjà été signalé dans ce recueil. (*The Lancet*, 1908, *et R. int. de Cl. et de Th.* 15 mai 1908.)

Les martyrs de la science.

On signale, à l'hôpital de Londres, trois médecins victimes de leurs manipulations des rayons X dans l'intérêt des malades et de la science : le Dr Hall-Edwards, qui a dû se faire amputer le bras ; MM. Wilson et Blackhall, dont les mains sont rongées d'ulcères (M. Wilson a déjà perdu un doigt) et dont les bras sont menacés. (*Rep. Méd. Belge*).

Infection gonococcique ayant eu pour porte d'entrée le tégument externe.

Le Dr Schœler a communiqué à la Société ophthalmologique de Berlin (20 février 1908) l'observation d'un infirmier qui, en donnant des soins à un malade affecté d'une ophthalmologie blennorrhagique s'était infecté à l'index de l'une des mains. Au siège de l'inoculation, la nécrose avait envahi l'épiderme, et il s'était formé une ulcération à la surface de laquelle on a pu constater la présence du diplocoque de Neisser. Un abcès se développa ensuite à l'une des cuisses, et finalement le malade succomba aux suites d'une septicémie gonococcique.

Schœler n'a pas pu découvrir dans les recueils de la littérature médicale d'autre exemple d'une infection gonococcique généralisée, ayant eu pour porte d'entrée le tégument externe. (*Rev. int. de Cl. et de Th.*)

Considérations historiques sur la blennorrhagie.
(M. Ernest ROUCAYROL.)

Voici les conclusions que nous donne l'auteur de son intéressante thèse inaugurale.

I.—La blennorragie a existé de tout temps; on en retrouve la description dans les écrits les plus anciens que l'on connaisse. Son histoire peut se diviser en trois grandes périodes.

II.—La première va du XVe siècle av. J.-C. jusqu'au XVe siècle de notre ère, exactement en 1594, date de l'apparition de la syphilis. Elle est caractérisée par une conception inexacte de la nature de l'écoulement, que l'on croit provenir des vésicules. Les auteurs qui se distinguent dans cette période sont tour à tour ceux de l'école grecque, de l'école latine, de l'école arabe.

III.—Il résulte de leurs livres qu'ils connaissaient le cathétérisme, qui remonte à la plus haute antiquité ; le document le plus ancien qui existe à ce sujet semble être la sonde en bronze retrouvée dans les fouilles de Pompéi.

IV.— La seringue, dont certains avaient fait remonter l'invention au XVe siècle, paraît avoir été connue de Galien, en tout cas elle est minutieusement décrite par Albucasis.

V.— Dans cette première période, on soigne la blennorrhagie par un traitement général judicieux. Mais le traitement local reste encore primitif. On explore le canal tour à tour avec des tiges de plantes, avec des sondes en or, en argent, en cuivre, en étain, en parchemin, avec des bougies en cire, en plomb.

VI.—L'accident principal qui inquiète les auteurs est la rétention d'urine qu'ils attribuent à l'inflammation ou à des carnosités produites par l'écoulement. Ils la combattent par le cathétérisme forcé ou par la taille périnéale.

VII.—La deuxième période va de la fin du XVe au commencement du XIXe siècle. Sous l'influence des charlatans, la blennorragie est prise bientôt pour un symptôme de la syphilis ; on lui attribue même le pouvoir de le provoquer ; et comme conséquence on traite par le mercure les porteurs de cet écoulement.

VIII.— Mais vers la fin du XVIIIe siècle, la nature commune de la blennorragie et de la syphilis commence à être mise en doute. Deux écoles se forment : celle des *identistes* qui soutient la vieille conception en prenant comme principal argument l'inoculation malheureuse de J. Hunfer ; et celle des *non-identistes*, à la tête desquels se trouve Benjamin Bell, qui essaye de prouver par des raisonnements que la blennorragie et la syphilis sont deux affections distinctes.

XI.— Pendant un certain temps, les deux partis se livreront à des discussions passionnées où parfois domina la note discourtoise. Il fallait un fait positif pour séparer les deux adversaires : ce fut Hernandez qui l'apporta par les inoculations probantes qu'il fit sur les forçats de Toulon.

X.—La doctrine identiste était ébranlée dans sa base, mais les plus acharnés refusaient de se laisser convaincre. Ricord apporta à la recherche de la vérité un soin inconnu jusqu'à lui ; il chercha le chancre partout et fut le premier à le voir au niveau du col utérin ; il reprit les inoculations, fit et refit cent fois mêmes expériences et arriva à poser ces principes : 1° la blennorragie et le chancre sont deux affections distinctes ; 2° la blennorragie est contagieuse, non virulente, inflammatoire ; 3° la blennorragie simple ne donne jamais naissance à la

vérole ; 4° la blennorrhagie simple peut se produire spontanément, ne produit jamais que la blennorrhagie.

XI.— Pendant ce temps, le traitement local se perfectionnait. On essaie de détruire le rétrécissement tour à tour par les escarotiques (Alphonse Ferri, Lacuna, Thierry de Héry, Amatus Lusitanus), par une intervention sanglante (Ambroise Paré).

Ces méthodes, en des mains malhabiles, donnent des mécomptes et l'on revient au simple cathétérisme. Les sondes se perfectionnent peu à peu. Les accidents graves provoqués par les sondes rigides à demeure stimulent l'ingéniosité des chirurgiens ; on fabrique des sondes souples qui vont en se perfectionnant, jusqu'au jour où Bernard fabrique les premières sondes de gomme.

XII.—Après des années d'abstention on essaye de nouveau de détruire le rétrécissement en l'attaquant directement au nitrate d'argent. On le sectionne, on le scarifie, on le dilate avec des bougies de formes et de natures diverses. On essaye même le premier dilatateur mécanique.

XIII. — L'anatomie pathologique fait des progrès sur le cadavre, et, sur le vivant, grâce à Désormeaux, qui tire un admirable parti de son endoscope, appareil rudimentaire et d'une utilisation pratique impossible.

XIV. — La troisième période ne comprend que quelques années. La blennorragie était identifiée ; il fallait en connaître l'agent. En 1879, Neisser signale la présence constante dans le pus blennorragique d'un diplocoque auquel il donne le nom de gonococcus.

NOUVELLES & INFORMATIONS SEMESTRIELLES

La médaille de M. H. Hallopeau.

Aux derniers jours de l'année 1907, à l'occasion de la retraite de notre cher maître Hallopeau et de son élévation au grade d'officier de la Légion d'honneur, un grand nombre de professeurs de la Faculté de médecine, des hôpitaux, de collègues français et étrangers, d'élèves et d'amis sont venus lui apporter, à l'hôpital Saint-Louis, le témoignage de leur affection.

Sur l'estrade ont pris place, autour de M. le professeur Lannelongue, qui préside la réunion, les professeurs Debove, Fournier, Le Dentu, Berger, Chantemesse, Nicolas, Charmeil, Gaucher, M. Mesureur, directeur de l'Assistance Publique, MM. Antonelli, Térébinsky et Masotti, délégués des sociétés dermatologiques étrangères. On remarque dans la salle : MM. les docteurs Millard, Tuffier, Monod, Richelot, Langier, Balzer, Danlos, de Beurmann, Beurnier, Arrou, Nélaton, Guinard, Troisier, Jeanselme, Lacombe, Renault, Rénon, Claisse, Sabouraud, Chassevant, Fumouze, Glover, Apert, Milian, Lenormand, Chom-

pret, Jousset, Auvray, Hirtz, de Lostalot, Pietckiewicz, Laffitte, Poinsot, G. Baillière, Gastou, Brodier, Fouquet et autres.

M. le professeur Lannelongue remet à M. Hallopeau, au nom de nombreux souscripteurs, la belle médaille qui a été gravée à son effigie avec un admirable revers, en l'honneur de ses vingt-cinq ans de service à l'hôpital St-Louis, de sa promotion au grade d'officier de la Légion d'Honneur et de ses nombreux travaux originaux, par le grand artiste qui a nom Chaplain et lui donne l'accolade, aux applaudissements de tous.

MM. Gastou et Fouquet donnent lecture d'un grand nombre de télégrammes apportant, de toutes les contrées du monde, les félicitations et les témoignages de sympathie des collègues et des savants étrangers.

Des discours sont ensuite prononcés par M. le professeur Lannelongue, par M. Antonelli, au nom de l'Association dermatologique italienne, par M. Térébinsky au nom de la Société dermatologique de Saint-Pétersbourg, par M. Masotti, au nom de la Société dermatologique de Bologne, par M. Mesureur au nom de l'Assistance Publique, par MM. les professeurs Le Dentu et Berger au nom des camarades d'études de M. Hallopeau, par M. le professeur Gaucher au nom des médecins de l'hôpital Saint-Louis, par M. le professeur Nicolas, au nom de l'école dermatologique de Lyon, par M. le docteur Balzer au nom des anciens internes du Maître, par M. Railliet, son dernier interne.

M. le docteur Hallopeau prend ensuite la parole, et son allocution émue est soulignée par des applaudissements prolongés.

MM. les professeurs Dieulafoy, Landouzy, Pozzi, MM. les docteurs Gravier, Guisez, Hartmann, J. Monod, Terrien, Tollemer, Wickham (de Paris), Attimont (de Nantes), Bertier (d'Aix-les-Bains), Domage, Oddo (de Marseille), Teissier, Viennois (de Lyon), se sont excusés de n'avoir pu assister à la cérémonie. Nombreux ont été les adresses et les télégrammes envoyés par des savants étrangers : Nous citerons parmi eux les docteurs Azua (de Madrid), Avides (de Porto), Bœck (de Christiana), Basili (de Rome), Bertarelli (de Milan), Breda (de Padoue), Colombini (de Cagliari), Campana (de Rome), Haltenhoff (de Genève), Neisser (de Breslau), J. Nevins Hyde (de Chicago), Oltramare (de Genève), Pawloff (de Saint-Pétersbourg), Petrini de Galatz (de Bucharest), Pick (de Prague), Pini (de Bologne), Pospelow (de Moscou), Rille (de Leipzig), Rona (de Budapesth), Jean Schæffer (de Breslau), Tomaso de Mello Breyner (de Lisbonne), Unna (de Hambourg), enfin les membres de la Société de dermatologie de Berlin, de la Société dermatologique de Moscou, de la section dermatologique de la Société royale de médecine de Budapest et de la section dermatologique de la Société de médecine de Varsovie.

A l'issue de la séance, les assistants s'empressent autour du Maître, toujours jeune et actif, et M. Hallopeau peut être convaincu que, si son nom restera attaché à ses travaux scientifiques, son souvenir

demeurera également ineffaçable dans le cœur de tous ceux qui l'ont approché (1).

Je n'ai pu malheureusement assister à cette belle fête dont je n'avais pas été avisé en temps utile m'étant trouvé, du fait de la maladie, pendant de longs mois éloigné de tout et de tous, mais je me suis associé du fond du cœur à la joie qu'en a ressentie mon très cher et aimé Maître, et j'ai éprouvé une vive satisfaction à la lecture des discours émus qui lui furent adressés au cours d'une manifestation d'où furent exclus toute banalité et toute convention. Chacun lui avait apporté sans contrainte, ce jour-là, son légitime tribut d'affection. Je n'ai pu que plus tard aller lui offrir le témoignage de la mienne. Est-il besoin de dire que mon absence forcée n'a fait que l'exalter et la rendre plus vive encore.

H. F.

Prix Zambaco.

Le prix Zambaco, d'une valeur de huit cents francs, attribué tous les deux ans par la Société française de dermato-syphiligraphie, aux termes des intentions de son fondateur, à l'auteur du meilleur travail présenté sur la dermatologie, la syphiligraphie ou la vénéreologie sera décerné au mois d'avril 1909. Les mémoires devront être adressés à M. le Secrétaire Général au plus tard le 30 novembre 1908.

Société allemande de Dermatologie.

Le X[e] Congrès de la Société Allemande de dermatologie aura lieu à Francfort-sur-le-Mein les 8, 9 et 10 juin 1908. Les travaux du Congrès comporteront surtout des démonstrations avec présentation de malades et discussion consécutive. Toutefois il sera consacré une part importante des délibérations du Congrès aux travaux récents sur l'étiologie de la syphilis et les recherches relatives à la syphilis expérimentale. Le Congrès aura lieu sous la haute direction de MM. les prof. Pick (de Pragues), Lesser (de Berlin) et Herxheimer (de Francfort).

La lutte contre le Péril vénérien en Allemagne

Les administrateurs des écoles publiques de Berlin et de Charlottenburg ont décidé que des conférences, faites à titre d'essai provisoire aux élèves des classes supérieures de certaines institutions, sur l'hygiène sexuelle et le péril vénérien, seraient l'objet d'une organisation spéciale et définitive. (*B. Soc. Fr. de Proph.*).

(1) Le lendemain matin, une cérémonie plus intime, mais non moins touchante, a eu lieu à l'hôpital Saint-Louis : l'excellente Mère de l'Annonciation qui s'est consacrée depuis vingt et un ans, avec un admirable dévouement, aux soins des malades du pavillon Bazin et son excellente compagne de la salle Lugol devaient quitter l'hôpital en même temps que M. Hallopeau, leur chef de service ; elles ont réuni, à l'heure de la visite, leurs infirmiers et leurs malades dans une des salles du pavillon ; un des malades a remercié M. Hallopeau de ce qu'il avait fait pour eux tous et lui a remis, au nom des personnes présentes, une superbe corbeille de fleurs.

Société allemande de prophylaxie contre les maladies vénériennes

Le 3e Congrès annuel de la Société allemande de prophylaxie contre les maladies vénériennes tenu cette année à Mannheim avait adopté comme seul sujet de discussion la question de la pédagogie des sexes avec des rapports spéciaux sur les points suivants : Devoirs de la mère, de la maison, de l'école populaire. Démonstrations relatives à la question sexuelle, dans les écoles supérieures, les séminaires, les écoles de perfectionnement à la campagne. La littérature de la jeunesse. La diététique sexuelle. (*B. Soc. fr. proph.*).

La IIe Conférence Scientifique Internationale contre la Lèpre

Se réunira à Bergen en Norvège sur invitation spéciale du Gouvernement Norvégien dans la dernière quinzaine d'août 1909.

Le Gouvernement Norvégien invitera les autres pays à se faire représenter à cette conférence officielle et le comité d'organisation délégué par le Gouvernement invitera en outre des savants connus de tous les pays à assister la conférence dans ses travaux.

Le Congrès de Climatologie

Le VIIIe Congrès international d'hydrologie, de climatologie, de posologie et de thérapie par les agents physiques se réunira à Alger du 4 au 10 avril de l'année prochaine sous le haut patronage de M. Jonnart, gouverneur général de l'Algérie. Nous publierons dans un de nos prochains numéros, sur nos feuillets hors texte, le programme complet de cette réunion qui promet d'être des plus importantes et pour laquelle de nombreuses communications sont déjà annoncées.

M. le Dr Lucien Raynaud, notre distingué correspondant, a été nommé par le Comité d'organisation secrétaire général. C'est à lui, 7, place de la République, Alger, que doivent être adressées toutes les adhésions ou demandes de renseignements.

Journaux étrangers

La *Zeitschrift fur Bekampfung der Geschlechtskrankheiten*, importante revue publiée à Leipzig chez Ambrosius Barth, sous la direction de MM. Blaschko et Lesser, va être considérablement augmentée et a déjà adjoint à son comité de rédaction les professeurs Ehrmann et Früger, de Vienne, Jadassohn de Berne, et Kreibich de Prague.

Nécrologie

LASSAR

C'est avec un sentiment de douloureuse surprise que le monde médical et en particulier le groupement dermatologique ont appris la mort brutale du Professeur Lassar survenue en décembre 1907, dans un de ces odieux accidents dont la pratique de l'automobilisme est si fréquemment l'occasion. Cet homme considérable meurt en pleine maturité, au

faîte d'une carrière des plus mouvementées et des plus pleines. Chacun sait le rôle si important qu'il a tenu dans la pratique comme dans l'enseignement de notre science, et la liste de ses publications et de ses communications aux corps savants et aux divers congrès est véritablement interminable. La pratique de son enseignement demeurera inoubliable pour ses compatriotes. Mais Lassar fut aussi connu du monde entier pour les progrès qu'il a fait faire à la thérapeutique cutanée proprement dite, dont il a approfondi toutes les branches. Lassar a aussi tenu une grande place dans le journalisme médical et la *Dermatologische Zeitschrift* fondée en 1894, était devenue un des organes le plus lus de notre spécialité. H. F.

TH. MAC CALL ANDERSON

Nous apprenons avec regret la mort subite, à l'âge de 74 ans, de M. Th. Mc Call Anderson, professeur à l'Université de Glascow, où il fut, en 1900, le successeur de Gairdner dans la chaire de médecine pratique de Glascow. Il avait autrefois fondé dans cette ville un hôpital pour les maladies de la peau, auxquelles il s'est consacré la plus grande partie de sa vie avec une légitime autorité. — H. F.

ADRIEN DOYON

C'est en pleine vigueur morale et physique qu'a succombé Adrien Doyon, dont beaucoup de personnes ignoraient l'âge véritable tant notre vénéré doyen paraissait vert et robuste, malgré ses quatre-vingts ans. Jusqu'au dernier jour, notre vaillant confrère est demeuré sur la brèche et s'il est vrai qu'il avait cessé, en ces dernières années, de se donner avec la même ardeur qu'autrefois à sa clientèle, au cours de la saison thermale, un grand nombre de ses anciens malades allaient encore lui rendre, à Uriage, leur visite annuelle. J'en sais plus d'un qui n'aurait jamais voulu manquer à ce devoir rendu facile du reste par l'immense sympathie qu'inspirait à chacun ce médecin éminent et bon, et dont on peut dire que la perte a inspiré à beaucoup des regrets peu ordinaires et une véritable tristesse.

Doyon fut en effet, pour les patients ce qu'il sut être aussi pour ses confrères avec lesquels il entretenait des relations d'une aménité parfaite et d'une courtoisie rare, indulgent à tous, encourageant surtout les jeunes à qui il prodiguait à l'occasion les conseils que lui suggérait sa vieille expérience.

Doyon a été à la fois un écrivain abondant et un savant véritable. Sa connaissance approfondie de la langue allemande lui avait permis de s'initier de la façon la plus complète à tout ce qui se passait au-delà de nos frontières orientales et c'est lui qui nous a tout d'abord fait connaître les importants travaux de nos confrères d'Autriche, d'Allemagne ensuite. C'est à lui que nous devons les relations les plus importantes des écrivains spéciaux de ces deux pays et chacun de nous possède de lui, entre autres ouvrages sur les rayons de sa bibliothèque, la traduction des leçons de Kaposi illustrée en outre par la magnifique collaboration

du vénéré Ernest Besnier dont certaines notes resteront des chefs-d'œuvre. Mais, tout en faisant la part, comme il convient, d'une telle bonne fortune, on peut dire que Doyon nous lègue, à lui seul, une œuvre énorme et qui représente un travail colossal.

C'est, en effet, dans les moindres détails que M. Doyon a, jusqu'à la dernière année de sa vie, traduit, annoté, fouillé les gros et compacts travaux de nos confrères d'Outre-Rhin et qu'il en apportait la substance à ses chères *Annales de Dermatologie*.qu'il avait fondées il y a quarante ans et dont il a su faire, avec la collaboration féconde et habile des regrettés Mercklen et Feulard, après eux de Thibierge, un recueil magistral dont les autres spécialités françaises ne possèdent pas l'analogue. C'est Doyon qui fut chez nous le père du journalisme dermatologique, car on peut négliger sans trop d'injustice la tentative avortée de Cazeneuve,et il se passa de longues années avant que d'autres périodiques, dans le même ordre de connaissances, vinssent prendre naissance à leur tour. C'est avec la plus bienveillante indulgence que Doyon les vit éclore et il m'a dit plus d'une fois combien il était heureux d'avoir provoqué dans notre pays ce mouvement spécial dans notre journalisme médical après en avoir été, je dois le dire, tout d'abord un peu surpris.

Je ne puis entrer aujourd'hui dans cette courte note, écrite tardivement pour ce journal que je n'ai pu réorganiser que fort lentement, dans les détails que comporterait l'étude de la haute personnalité de Doyon. Je ferai naître l'occasion d'y revenir quelque jour. Mais tout le monde pourra pour la mieux connaître, se rapporter au bel article que MM. E. Besnier et Thibierge, lui ont consacré dans les *Annales de Dermatologie* qui ont publié en même temps en première page une superbe photographie de leur illustre fondateur. J'ai voulu seulement pour aujourd'hui apporter ma modeste contribution à la mémoire de mon « ancien » et saluer publiquement, malgré mon inéloquence, sa noble figure qui restera éternellement gravée dans mon cœur comme un beau et bon souvenir. — H. F.

M. le Président de la Société de Dermatologie à la séance du 7 février, a rappelé le codicille du testament fait par Doyon. Il a proposé à la Société de voter des remerciements à la famille et, conformément au désir exprimé par celle-ci, de conserver le souvenir de la donation faite par M.Doyon par une inscription sur la vitrine destinée à contenir la bibliothèque léguée par le très regretté président d'honneur de la Société. (*Assentiment général.*)

Le codicille de M. Doyon était ainsi rédigé :

« Je lègue au Musée de l'hôpital Saint-Louis, à Paris :

« 1° Tous mes atlas (français, anglais ou allemands), des maladies de la peau et de la syphilis.

« 2° Tous mes livres (français, anglais ou allemands),sur les maladies de la peau ou la syphilis qui se trouvent actuellement dans mes bibliothèques d'Uriage et de Cannes, ainsi que toutes les collections de journaux français et étrangers, concernant ces mêmes affections.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Syphilis et Atoxyl

BRAHMACHARI,— Sporadic kala-azar in Calcutta, with notes of a cases treated with atoxyl. (*Brit. med. Journ.*, May 30, 1908.)

BRENNING. — Zwei Fälle von Atoxylintoxikation. (*Derm. Centr.*, Febr. 1907, N. 5.)

DUHOT. — Le traitement de la syphilis par l'atoxyl. (*Ann. d. l. policl. centr. Bruxelles*, n° 11, nov. 1907.)

GAUCHER et LOUSTE. — Syphilis soignée pendant un an par l'atoxyl avec insuccès complet et devenue grave à cause de l'absence de traitement spécifique. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n. 4, Avı. 1908.)

F. P. GUIARD. — L'atoxyl dans le traitement de la syphilis. (*Journ. de méd. de Paris*, n° 9, 29 févr .1908.)

M. GUIARD. — L'atoxyl dans le traitement de la syphilis. (*Journ. de méd. de Paris*, n° 14, 4 avril 1908.)

HALLOPEAU. — Nouvelles notes sur l'atoxyl. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 10, nov. 1907.)

HALLOPEAU. — Traitement de la syphilis par l'anilarsinate de soude (atoyxl), suivant la méthode de Salmon. (Acad. de méd ; in : *Journ. des Prat.*, n° 23, 8 juin 1907.)

LAFAY. — L'atoyxl dans le traitement de la syphilis. (*Journ. de méd. Paris*, n° 10, 7 mars 1908.)

LÉVY-BING. — Un cas de syphilis grave, traité sans résultats par l'atoxyl guéri par le mercure. (*Ann. d. mal. vén.*, n° 7, juil. 1907.)

A. NEISSER. — Atoxyl bei Syphilis und Framboesie. (*Deut. med. Woch.*, 1907, n° 38.)

ROMME.— L'atoxyl dans les spirochétoses. (*Presse méd.*, n° 46, 8 juin 1907.)

VAN STEENBERGHE. — A propos d'atoxyl. (*Ann. d. l. policl. centr. Bruxelles*, n° 11, nov. 1907.)

VEDEL. — L'atoxyl dans le traitement de la syphilis. (*Ann. des mal. vén.*, n° 2, févr. 1908.)

WELANDER. — Zur Frage der Behandlung der Syphilis mit atoxyl. (*Arch. f. D. u. S.*, LXXXIX, B., 1 H., Jan. 1908.)

Radiothérapie

BALZER et RAILLIET. — Cicatrice de radiodermite abdominale. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 4, avr. 1908.)

BEAUJARD. — Indications principales de la radiothérapie. (*Progrès méd.* n° 7, 15 févr. 1908.)

BENEDIKT. — Mitteilungen zur Röntgen-Diagnostik des Gehirns und des Schädels. (*Wien. med. Woch.*, Nr. 1, 1er janv. 1907.)

DE BEURMANN et GAUGEROT. — Notes complémentaires sur l'évolution de la radiodermite chronique. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 8, nov. 1906.)

De Beurmann, Noiré et Gougerot. — Traitement des chéloïdes par l'ablation suivie de la radiothérapie. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 8, nov. 1906.)

Cedercrentz. — Die « X-zellen des Spitzen Kondyloms » (Unna)chromatophoren. (*Derm. Centr.*, Nr 12, sept. 1907.)

Comas et Prio. — Recidiva de cancer del labio curada con los rayos Röntgen. (*Rev. esp. d D. y S.*, T. VIII, N. 93, Sept 1906.)

Comas et Prio. — Epithélioma ulcerado, del parpado, curads con los rayos Röntgen. (*Rev. de med. y cir. de Barcelone*, n° 4, Avril 1908.)

Danlos. — Verrues planes juvéniles guéries par les rayons X. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 7, juil. 1906.)

Delherm. — La radiothérapie des tumeurs malignes du sein. (Soc. de Tré., 12 févr. 1908 ; in : *Presse méd.*, n° 14, 15 févr. 1908.)

Eberhart. — The X-Ray and the high frequency current in the treatment of eczema and psoriasis. (*Amer. Journ. of Derm.*, May 1907.)

W. E. Egelhoff. — X-Ray in skin diseases. (*Am. J. of Derm.*, jan. 1907.)

Hallopeau. — Conséquences fâcheuses de la radiothérapie chez un enfant atteint de trichophytie. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 4, avril 1907.)

Haret. — Les rayons X font-ils naître le cancer ? (*Presse méd.*, n° 14, 15 févr. 1908.)

Hartzell. — Deux cas de maladies de Paget traités par la radiothérapie avec examen histologique de l'un d'eux à la suite d'un traitement prolongé. (*Rev. pra. d. mal. cut.*, n° 12, déc. 1906.)

Hubbell. — X Ray in the treatment of cancer and skin diseases. (*Amer. Journ. of Derm.*, oct. 1907.)

H. Hübner. — Ueber die Heilung der Mycosis fongoïdes mit Röntgenstrahlen 7. (*Fortschritte des Medizin.*, 10 Jan. 1908.)

Kanoky. — Roentgen therapy-Dermatology. (*Amer. Journ. of Derm.* March 1907.)

Kienböck. — Ueber radiotherapeutische Behandlung des Aknekeloids. (*Arch. f. D. u. S.*, XC B., 3 H., mai 1908.)

Leredde. — Les dangers de la radiothérapie dans les épithéliomes de la peau. (*Rev. pr. d. mal. cut.*, n° 1, janv. 1906.)

Leredde. — Les indications et les contre-indications de la radiothérapie dans les épithéliomes de la peau. ((*Rev. pr. d. mal. cut.*, n° 3, mars 1906.)

Leredde. — Les contre-indications de la radiothérapie dans les épithéliomes de la peau. Maladie de Paget du mamelon et radiothérapie. (*Rev. pr. d mal. cut.*, n° 12, déc. 1906.)

Leredde et Martial. — Radiothérapie du lichen simplex et du lichen plan. (*Rev. pr. d. mal. cut.*, n° 3, mars 1907.)

Leredde et Martial. — Le traitement de l'hypertrichose et la radiothérapie. (*Rev. pr. d. mal. cut.*, n° 2, févr. 1907.)

Mally. — Le cancer et les rayons X. (*Presse méd.*, n° 12, 8 févr. 1908.)

Martial. — Indications et contre-indications de la radiothérapie dans les épithéliomas de la peau. (*Rev. pr. d. mal. ocut.*, n° 3, mars 1906.)

Ménétrier et Clunet. — Etude de la radiothérapie des cancers épithéliaux. (Arch. d. méd. exp. et anat. path., mars 1908 ; in : *Sem. méd.*, n° 20, 13 mai 1908.)

MILIAN. — Les rayons X dans les hôpitaux de Paris. (*Progrès méd.*, n° 11, 14 mars 1908.)

OHMANN-DUMESNIL. — The use of Roentgen rays in dermatic troubles. (*Amer. Journ. of Derm.*, sept. 1907.)

PAUTRIER. — Epithélioma lobulé corné de la langue guéri depuis dix-huit mois, après opération chirurgicale et radiothérapie consécutive. (*Bul. Soc. fr. et S.*, n° 9, déc. 1906.)

PRIO et COMAS. — Los rayos Röntgen en el tratamiento del cancer. (*Rev. es d. D. y S.* T. VIII, N. 94, oct. 1906.)

ROBBINS. — Evolution of the microscope-therapeutic action and dangers of the Roentgen and Becquerel Rays-Radium opsonie method of treatment of dermatological diseases. (*Amer. Journ. of Derm.*, n° 5, May 1908.)

SCHALEK. — Radiotherapy in dermatology. (*Am. J. of Derm.*, April 1907.)

SUQUET. — Syphilis et Radiothérapie. (*L'Electr. méd.*, n° 4, avril 1908.)

R. VARNEY. — The use of the Roentgen ray in the treatment ol acne vulgaris. (*Amer. Journ. of Derm.*, March 1906.)

G. WILLIAMS. — The Roentgen Ray treatment of lupus. (*Amer. Journ. of Derm.*, March 1906.)

E. G. WILLIAMS. — The regulation of the distance of the X-Ray tube in treating superficial and deep growths. (*Amer. Journ. of Derm.*, May 1907.)

WYNN. — Three cases fo skin tuberculosis, presenting unusual features, healed by X-Ray therapy. (*Amer. Journ. of Derm.*, March 1906.)

Radiumthérapie

LEREDDE. — La technique et les indications de la radiumthérapie. (*Rev. pr. d .mal. cut.*, n° 3, mars 1908.)

MASOTTI.— Nævus pigmentaire traité par le radium. (Soc. méd. des Hôp., 21 févr. 1908 ; in : *Presse méd.*, n° 17, 26 févr. 1908.)

MATOUT. — Les propriétés physico-chimiques du radium. (*Presse méd.* n° 29, 8 avril 1908.)

RUDIS-JACINSKY. — The comparative value of radium and the Roentgen Ray in some skin lesions. (*Amer. Journ. of Derm.*, Aug. 1907.)

WICKHAM et DEGRAIS. — Radium et rayons X comparés dans un cas d'épithéliomatose ; utilisation thérapeutique de l'eau radifère et de l'eau radio-activée. (*Bul. Soc. fr. D. et. S.*, n° 8, nov. 1906.)

WICKHAM et DEGRAIS. — Traitement du nævus vasculaire par le radium. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 9, déc. 1906.)

WICKHAM et DEGRAIS. — Traitement des nævi vasculaires et pigmentaires par le radium. (*Bul. Soc. fr. D et S.*, n° 3, mars 1908.)

Chancrelle

BALZER.— Contre le chancre mou. (*Journ. de Méd. de Paris*, n° 52, 29 déc. 1907.)

BALZER et GALUP. — Chancre mou du prépuce. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 2, févr. 1908.)

Bornemann. — Zur Verwendung des Europhens bei Ulcus molle. (*Derm. Centr.*, n° 2, nov. 1907.)

Danlos et Deroye.— Chancre mou de la main. (*Bul. Soc. fr. D et S.*, n° 2, févr. 1907.)

Danlos et Pathaut. — Folliculites chancrelleuses de la vulve.(*Bul. Société fr. D. et S.*, n° 7, juil. 1906.)

Duque. — The soft chancre. (*Amer. Journ. of Derm.*, Aug. 1907.)

C. Gallia. — De la présence de sensibilisatrices dans la sécrétion du chancre mou démontrée par la méthode de la déviation du complément. (*Ann. des mal. vén.*, n° 11, nov. 1907.)

Hallopeau. — Sur une épidémie de chancres simples. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 3, mars 1907.)

Hallopeau. — A propos du phagédénisme du chancre simple. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 4, avr. 1908.)

Ivanyi. — On the treatment of ulcus venerum (soft chancre) and its com, plications, on an experience of 543 cases. (*Amer. Journ. of Derm.*, July 1907.)

Syphilis primaire

Hallopeau. — A propos du traitement de la syphilis par l'atoxyl (Acad. de Méd. Paris, 11 juin 1907 ; in : *Presse méd.*, n° 47, 12 juin 1907.)

Abrand. — Syphilis primaire du nez. (*Clin.*, n° 23, 7 juin 1907.)

Balzer et Merle. — Chancre tardif ou syphilide diphtéroïde précoce de la lèvre inférieure. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 6, juin 1907.)

Bayet. — Chancre double du frein de la langue. (*Bul. Soc. bel. D. et S.*, n° 2, 1905-1906.)

Bizard et Laffont. — Chancre syphilitique du doigt (base de l'annulaire droit), consécutif à un coup de poing sur la bouche. (*Ann. d. mal. vén.*, n° 5, déc. 1906.)

M. Bloch et Nathan. — Un cas de chancre intra-nasal. (*Ann. des mal. vén.*, n° 1, janv. 1908.)

L. Bory. — Chancre syphilitique du méat chez la femme. (*Ann. des mal. vén.*, n° 12, déc. 1907.)

Brindel. — Du diagnostic du chancre de l'amygdale. (*Rev. de lar. ot. et rhin.*, n° 19, 9 mai 1908.)

Sohier Bryant. — Primary syphilis of the ear. (*Amer. Journ. of Derm.*, July 1906.)

Danlos. — Chancrelle indurée avec déhiscence linéaire du ganglion suppuré correspondant. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 7, juil. 1906.)

Danlos et Blanc. — Chancre syphilitique du menton. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 11, déc. 1907.)

Danlos et Blanc. — Trois cas de chancres syphilitiques des doigts (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 11, déc. 1907.)

Danlos et Deroye. — Chancre syphilitique de l'œil. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*- n° 3, mars 1907.)

Gaucher et Malloizel. — Chancre syphilitique du thorax, (région axillaire). (*Bul. Soc. fr. D et S.*, n° 4, avril 1907.)

GAUCHER et LOUSTE. — Chancre syphilitique du capuchon chez une enfant de huit ans. Contagion familiale. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 4, avr. 1908.)

GAUCHER et BORY. — Chancre syphilitique du thorax. (*Bul. Soc. fr. S.*, n° 10, nov. 1907.)

GAUCHER et CAMUS. — Chancre syphilitique de la fosse naviculaire de l'urèthre. (*Bul. Soc. fr. D., et S.*, n° 8, juil. 1907.)

GAUCHER, CAMUS et DRUELLE. — Chancre syphilitique de la gencive. (*B. Soc. fr. D. et S.*, n° 8, juil. 1907.)

GAUCHER, LOUSTE et NATHAN. — Chancre de la cloison du nez. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 11, déc. 1907.)

GRAVAGNA. — Sulla riproduzione sperimentale dell'ulcera venerea negli animali. (*G. di Biol. e. med.*, Anno LIV. 19, chez Civelli, Naples, 1906.)

HALLOPEAU et BOUDET. — Nouveau cas de proliférations locales intensives au voisinage d'un chancre induré. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 1, janv. 1907.)

HALLOPEAU et BONDET. — Sur une pandermatite pénienne consécutive à des chancres indurés. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 9, déc. 1906.)

HALLOPEAU et RAILLIET. — Sur un chancre de la paupière inférieure. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 10, nov. 1907.)

HORAND. — Chancre syphilitique des lèvres transformé *in situ* en un syphilome diffus tertiaire ; destruction ulcéreuse d'une partie des lèvres ; sclérose labiale consécutive ; sténose cicatricielle progressive. (*Lyon méd.*, n° 20, 17 mai 1908.)

IVANGI. — One hundred and thirty-eight cases of extra-genital syphilis in fection. (*Amer. Journ. of Derm.*, June 1907.)

MACKENZIE. — Primary syphilis of the nose and naso-pharynx. (*Journ. of Derm*, oct. 1906.)

MILIAN et CHENET. — Chancres successifs de l'amygdale et de la lèvre. Echéance avancée de la roséole. Syphilide papuleuse en nappe périchancreuse.

POIRIER. — Chancres indurés multiples. (*Bul. Soc. bel. D. et S.*, n° 2, 1905, 1906.)

RENAULT et ALEX. — Chancre syphilitique de la voûte palatine. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 8, juil. 1907.)

SELENEFF. — Le chancre syphilitique noir. (*Ann. des mal. vénér*, n° 3, mars 1908.)

THOUVENOT.— Etude sur le chancre des gencives. (Thèse Paris, 1907 ; an. in : *Presse méd.*, n° 12, 8 févr. 1908.)

ZAROUBINE. — De l'infection extra-génitale de la syphilis. (*Ann. des mal. vén.*, n° 8, août 1907.)

Syphilis secondaire

BALZER et GALUP. — Adénopathie double préauriculaire et syphilo-strumeuse au début de la période secondaire de la syphilis. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 4, avr. 1908.)

BOIDIN et Pierre WEIL. — Méningite syphilitique secondaire aiguë (méningite précoce, préroséolique). (*Presse méd.*, n° 85, 19 oct. 1907.)

Bory. — Syphilide papuleuse généralisée secondaire traitée sans résultat par le cacodylate de soude à haute dose. (*Ann. des mal. vén.*, n° 10, oct. 1907.)

Castex. — Syphilis secondaire grave du larynx. (*Soc. de laryng.*, 6 déc. 1907.)

Danlos et Blanc. — Deux cas de syphilis secondaire chez des malades atteints de glossite exfoliatrice marginée avec langue scrotale. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 10, nov. 1907.)

Duhot. — Glossite syphilitique parenchymateuse apparue à la période secondaire. (*Bul. Soc. bel. D. et S.*, n° 3, 1905-1906.)

Gaucher et Bory. — Plaques muqueuses végétantes de l'aisselle.(*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 2, févr. 1908.)

Gaucher et Camus. — Plaques muqueuses tardives. (*Ann. des mal. vén.*, n° 1, janv. 1908.)

Gaucher et Malloizel.— Syphilis secondaire rebelle au mercure, survenant par poussées cutanées accompagnées d'accidents méningés. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 3, mars 1907.)

Gaucher et Monier-Vinard. — Contagion syphilitique par un bandage herniaire ; syphilide ulcéro-crustacée généralisée secondaire méconnue pendant trois mois. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 4, avril 1907.)

Gaucher et Nathan. — Syphilide chancriforme de la vulve. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 3 mars 1908.)

Hallopeau. — Retard de 7 mois de la roséole chez un malade traité au début par l'atoxyl et les frictions mercurielles. (*Bull. Soc. fr. D. et S.*, n° 3, mars 1908.)

Hallopeau et Lasnier. — Sur une desquamation en masse des régions plantaires dans un cas de syphilis secondaire. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 3, févr. 1907.)

Hallopeau et Macé de Lépinay. — Sur un cas de syphilis fraternelle avec prolifération secondaire au pourtour des accidents primitifs. (*Bul. Soc. fr.et D. S.*, n° 7, juil. 1906.)

R. G. Lépine. — Contribution à l'étude des incidents pleuro-pulmonaires au cours de la syphilis secondaire. (Thèse Paris, 1907 ; in : *Presse méd.*, n° 15, 19 févr. 1908.)

Lévy-Franckel. — Des néphrites syphilitiques secondaires tardives. (*Ann. des mal. vén.*, n° 9, sept. 1907.)

Morrow. — Late secondary syphilis . (N. Y. derm. Soc., March 26, 1907 : in : *Journ. of cut. dis.*, June 1907.)

Œttinger et Malloizel. — De la pleuropathie de la période secondaire de a syphilis. (*Ann. d. mal. vén.*, n° 2, sept. 1906.)

Radcliffe-Crocker. — Secondary syphilis. (Derm. Soc. of London, oct. 1906 ; in : *Brit. Journ. of Derm.*, n° 11, nov. 1906.)

Sézary. — Processus histologique de la réaction méningée de la syphilis secondaire. (Soc. de Biol., 4 avril 1908 ; in : *Presse méd.*, n° 29, 8 avril 1908.)

Sézary. — Lésions histologiques du foie dans la syphilis secondaire. (*Soc. de Biol.*, 4 avril 1908 ; in : *Presse méd.*, n° 29. 8 avril 1908.)

Thomson. — Note sur un cas de roséole syphilitique accompagnée d'ictère. (*Bul. Soc. bel. D. et S.*, n° 2, 1905-1906.)

Syphilis tertiaire

LEREDDE et MARTIAL. — Etudes sur le traitement du lupus érythémateux. (*Rev. prat. d. mal. cut.*, n° 4, avril 1908.)

BALZER. — Scléroses tertiaires et scléro-gommes en placards de l'hypoderme. (Acad. de Méd., 7 avril 1908. ; in : *Presse méd.*, n° 29, 8 avril 1908.)

M. BLOCH. — Plaques muqueuses fissuriques du pavillon auditif externe et syphilides tertiaires ostracées du pavillon et du conduit auditif externe. (*Ann. des mal. vén.*, n° 11. nov. 1907.)

M. BLOCH.— Quelques cas de syphilis tertiaire des voies aériennes supérieures et du pharynx. (*Ann. d. mal. vén.*, n° 4, nov. 1906.)

P. BONNET. — Gommes syphilitiques précoces. (*Ann. d. mal. vén.*, n° 8, août 1907.)

BUSCHKE U. FISCHER. – Zur Infektiosität der malignen und tertiären Syphilis. (*Mediz. Klinik.*, sept. 1906.)

DANLOS et BLANC. — Coexistence de syphilides tertiaires avec un lichen plan. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 11. déc. 1907.)

DANLOS et DEROYE. — Probabilité de syphilis ignorée et de syphilide psoriasiforme tertiaire. Insuffisance de l'examen histologique. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 1, janv. 1907.)

J. GALEZOWSKI. — Manifestations oculaires de la syphilis tertiaire chez les tabétiques. (*Ann. d. mal. vén.*, n° 3, mars 1907.)

GAUCHER. — Les ostéites suppurées et les ostéo-arthrites de l'hérédo-syphilis tertiaire. (*Ann. des mal. vén.*, n° 1, août 1906.)

GAUCHER et BORY. — Hérédo-syphilide tertiaire. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 4, avr. 1908.)

GAUCHER et BORY. — Gomme suppurée du bord palpébral inférieur gauche six mois après le chancre. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 2, févr. 1908.)

GAUCHER, FOUQUET et GRÉHANT. — Observation d'un nouveau cas d'ostéite syphilitique tertiaire suppurée du tiers inférieur du fémur, avec arthropathies, simulant une lésion tuberculeuse. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 8, juil. 1907.)

GAUCHER et MONIER-VINARD. — Gommes syphilitiques du muscle sterno-cléido-mastoïdien (syphilis acquise). (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 8, nov. 1906.)

GAUCHER et MONIER-VINARD. — Syphilides tertiaires ulcéro-croûteuses des narines, gomme de la voûte palatine, syphilome diffus du voile et des piliers, kératite interstitielle, chez un hérédo-syphilitique. (*Bul. Soc. fr. D. et S.* n° 4, avril 1907.)

A. J. HALL.— Syphilis hereditaria tarda.(*Amer. Journ. of Derm.*, May 1907.)

HALLOPEAU et BOUDET — Sur un cas de syphilis tertiaire précoce, gomme du frontal et perforation. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 1, janv. 1907.)

LAFFONT. — Gomme de l'amygdale gauche ; syphilis maligne précoce.(*Ann. d. mal. vén.*, n° 2, févr. 1907.)

LAFFONT. — Syphilide tertiaire chancriforme du fourreau de la verge ; gale ancienne simulant une roséole ; ictère infectieux bénin prolongé. (*Ann. d. mal. vén.*, n° 5, mai 1907.)

LÉVY-FRANCKEL. — Ostéo-périostite suppurée de l'hérédo-syphilis tertiaire. (*Ann. d. mal. vén.*, n° 2, sept. 1906.)

NEWBORN. — Gumma of the tongue, developing forty-three years after specific infection, strongly resembling an epithelioma. (N. Y. derm. Soc. March, 26, 1907 ; in : *Journ. of cut. dis.*, June 1907.)

J. NICOLAS et M. FAVRE. — Contribution à l'histologie pathologique des syphilides tertiaires cutanées (cellules géantes et follicule syphilitique). (*Ann. d. mal. vén.*, n° 6, juin 1907.)

NICOLETOPOULOS. — Quelle est la meilleure méthode thérapeutique à opposer à la syphilis pour nous protéger contre le tertiarisme et l'hérédo-syphilis ? (*Ann. des mal. vén.*, n° 3, mars 1908.)

PETRINI DE GALATZ. — Note sur un cas de tertiarisme précoce. (*Ann. des mal. vén.*, n° 12, déc. 1907.)

SHOEMAKER. — Tertiary syphilis. (*Amer. Journ. of Derm.*, Febr. 1907.)

Syphilis héréditaire

AUDISTERE. — Hérédo-syphilitique et traitement spécifique. (Soc. de méd. Paris, 14 févr. 1908 ; in : *Presse méd.*, n° 15, 19 févr. 1908.)

ANTONELLI. — Fréquence et mécanisme pathogénique du strabisme chez les hérédo-syphilitiques. (*Ann. d. mal. vén.*, n° 2, févr. 1907.)

ANTONELLI. GODLEWSKI et H. BARBIER. — Hérédo-syphilitiques et traitement spécifique. (Soc. de méd. de Paris, 29 févr. 1908 ; in : *Presse méd.*, n° 19, 4 mars 1908.)

AUDISTERE. — Hérédosyphilitiques et traitement spécifique. (*Bull. Soc. méd. Paris*, n° 3, 1908.)

L. BORY. — Sur les exceptions à la loi de Colles-Baumès, contamination de la mère par son enfant hérédo-syphilitique. (*Ann. des mal. vén.*, né 12, déc. 1907.)

BISHER. — Report of a case of congenitally inherited syphilis. (*Amer. Jour. of Derm.*, March. 1907.)

CAMPBELL. — The diagnostic value of the triade symptoms in hereditary syphilis. (*Amer. Journ. of Derm.*, May 1906.)

DANLOS et BLANC. — Hérédo-syphilis tardive chez un sujet ne présentant pas d'altérations du système dentaire. (*Bul. Soc. fr. D et S.*, n° 9, juil. 1907.)

ARMAND-DELILLE. — Mongolisme et malformation cardiaque chez un hérédo-syphilitique. (Soc. de Pédiatrie, 19 mai 1908 ; in : *Bull. méd.*, n° 41, 23 mai 1908.)

EMERY et DRUELLE. — Hérédo-syphilis et prurigo de Hebra. (*Ann. d. mal. vén.*, n° 5, déc. 1906.)

L. FISCHER. — Congenital (hereditary) syphilis. (*Amer. Journ. of Derm.*, Aug. 1906.)

CH. FOUQUET. — Etude sur la syphilis héréditaire du foie. (*Ann. d. mal. vén.*, n°s 7, 8, 9, 10 et 11, juill. à nov. 1907.)

GAUCHER. — Exception à la loi de Colles-Baumes. Contamination d'une mère par son enfant hérédo-syphilitique. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 10, n. 1907.



GAUCHER. — Onychose atrophique exfoliante hérédo-syphilitique. (*Ann. d. mal. vén.*, n° 8, août 1907.)

GAUCHER. — L'hérédo-syphilis quaternaire du tissu réticulé (appendicite, végétations adénoïdes et scrofule). (*Ann. des mal. vén.*, n° 9, sept. 1907.)

GAUCHER et LÉVY-BING. — Des ostéopathies de l'hérédo-syphilis quaternaire. (*Ann. des mal. vén.*, n° 1, janv. 1908.)

J. HELLER.— Ueber Säuglingsheime für hereditär syphilitische Kinder. (*Zeitsch. f. Bek. d. Geschl.*, B. VI, H. 2, Febr. 1907.)

HOWE. — Hereditary syphilis of the anus and rectum. (*Amer. Journ. of Derm.*, Aug. 1906.)

LACAPERE. — Tolérance des jeunes sujets pour le mercure. Kératite hérédo-syphilitique traitée par injections de benzoate de mercure. (*Ann. des mal. vén.*, n° 3, mars 1908.)

LEINER. — Alopecia in hereditary syphilis. (*Amer. Journ. of Derm.*, March. 1907.)

LEVADITI. — L'histologie pathologique de la syphilis héréditaire dans ses rapports avec le « spirochaete pallida ». (*Ann. d. mal. vén.*, n° 1, août 1906.)

OZENNE, MONEL, LEREDDE. — Hérédo-syphilitiques et traitement spécifique. (Soc. de méd. Paris, 28 mars 1908 ; in : *Presse méd.*, n° 27, 1er avril 1908.)

ROSTAINE. — Les hérédo-syphilitiques prennent-ils la syphilis ? (*Ann. d. mal. vén.*, n° 1, janv. 1907.)

VERCHERE et ANTONELLI. — Hérédo-syphilitiques et traitement spécifique. (Soc. de méd. de Paris, 13 mars 1908 ; in : *Presse méd.*, n° 24, 21 mars 1908.)

VILLEMIN. — L'ostéite syphilitique héréditaire. (*Journ. des Prat.*, n° 7, 15 févr. 1908.)

Parasitologie de la syphilis

DUHOT. — Le traitement de la syphilis par l'atoxyl. (*Clin.* n° 49, 6 déc. 1907.)

BALLENGER. — The Spirochaeta pallida or treponema pallida. (*Amer. of Derm.*, April 1906.)

BALZER et GALUP. — Trois nouveaux cas de sporotrichose en gommes disséminées. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 4, avr. 1908.)

DREYER. — Spirochätenbefunde in spitzen Kondklomen. (*Derm. Centr.*, N°, 2, nov. 1906.)

Ch. FOUQUET. — Note sur la présence de tréponèmes pâles de Schaudinn dans l'appendice d'un fœtus hérédo-syphilitique. (*Ann. des Mal. vén.*, n° 1, janv. 1908.)

CH. FOUQUET. — Sur une forme atypique rectiligne du spirochète pâle de Schaudinn . Des embolies microbiennes dans la syphilis et de leur rôle dans la production des gommes. (*Ann. d. mal. vén.*, n° 4, avril 1907.)

GASTOU et GIRAULD. — Fréquence du tréponème hépatique chez le fœtus macéré et syphilis congénitale. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 2, févr. 1908.)

GERAGHTY. — The practical value of the demonstration of spirochaeta pallida in the early diagnosis of syphilis. (J. Hopk. med. Soc., 16 déc., 1907 ; in : *Bul. of the j. H. Hosp.*, n° 204, March. 1908.)



HALLOPEAU. — Argumentation en faveur de l'évolution du tréponéma pallidum dans l'organisme de l'homme et des grands singes. (*Ann. d. mal. vén.*, n° 3, oct. 1906.)

HALLOPEAU. — Sur un nouveau cas de localisation de tréponèmes suractifs en traînées sur le trajet des lymphatiques de la verge, consécutivement à des chancres du gland et du prépuce. (*Bul. Soc. fr. D et S.*, n° 2, févr. 1908.)

HALLOPEAU et GASTOU. — Sur les localisations systématisées du treponema pallidum. (*Ann. des mal. vén.*, n° 9, sept. 1907.)

HECHT. — Untersuchungen über den Zusammenhang zwischen spitzen Kondylom und Spirochaeten. (*Arch. f. D. u. S.*, XC. B., 1, u. 2 H., Apr. 1908.)

KRZYSZTALOWICZ et SIEDLECKI. — Contribution à l'étude de la structure et du cycle évolutif du Spirochète pallida de Schaudinn. (*Rev. pr. d. mal. cut.*, n° 2, févr. 1906.)

LAVERAN. — Le trypanosoma Congolense (Broden). (Acad. des Sciences, 21 avril 1908 ; in : *Presse méd.*, n° 35, 29 avril 1908.)

LEBAILLY. — Multiplication « in vitro », du treponema pallidum. (Acad. des Sciences, 10-17 févr. 1908 ; in : *Presse méd.*, n° 15, 19 févr. 1908.)

LAVERAN et THIROUX. — Traitement des trypanosomiases. (Soc. de path. exot., : in : *Caducée*, n° 3, 1er févr. 1908.)

LICHTMANN. — Spirochaete pallida im Lichen syphiliticus. (*Derm. Centr.*, N°, 1, okt. 1907.)

MACKEE. — The diagnostic value of the spirochaeta pallida in syphilis (*Amer. Journ. of Derm.*, April. 1906.)

MAURIAC et BONNARD. — Note sur la recherche du spirochète par le procédé de Levaditi. (Soc. d'Anat. et Phys. Bordeaux, 4 mai 1908 ; in : *Gaz. heb.d. Sc. méd. de Bordeaux.*, n° 20, 17 mai 1908.)

NATTAN-LARRIER. — Formule leucocytaire dans la trypanosomiase. (Soc. de méd. et hyg. Hôp. ; in : *Caducée*, n° 7, 4 avril 1908.)

SCHNELLER. — Protozoïc parasites of syphilis. (*Amer. Journ. of Derm.*, May. 1907.)

WURTZ et NATTAN-LARRIER. — Possibilité de la guérison de la trypanosomiase. (Soc. de méd. et hyg. tropi. : in : *Caducée*, n° 22, 23 nov. 1907.)

ZABEL. — Spirochaeta pallida in specimens obtained by scraping from organs hardened in formalin. (*Amer. Journ., of Derm.*, Aug. 1907.)

Mercure et Iodure

BARTHE et Ch. MONGOUR. — Quelques considérations sur l'intoxication aiguë par le mercure. (*Journ. de méd. Bordeaux*, n° 4, 28 janv. 1906.)

BARTHÉLEMY et LÉVY-BING. — Contribution à l'étude des injections aqueuses de biiodure de mercure. (*Syph.*, n° 5, mai 1906.)

BEHÆGEL. — A propos des injections intramusculaires d'huile grise. (*Presse méd. belge*, n° 23, 10 juin 1906.)

A. BOURGEOIS. — De l'emploi, en collyres, du benzoate de lithine et de l'iodure de potassium. (*Union méd. et scient. du Nord-Est*, n° 7, 15 avr. 1906.)

BROQUIN-LACOMBE. — Contribution à l'étude de l'intoxication aiguë par le chlorure mercurique (sublimé corrosif). (*Thèse Paris*, 1906.)

CLAISSE (André). — Cures salines chlorurées sodiques. (*La Clin.*, n° 26, 29 juin 1906.)

CONTI et ZUCCOLA. — Sur la localisation intime du mercure dans l'organisme. (*Rif. méd.*, n°s 10 et 11, 10 et 17 mars 1906.)

DESMOULIÈRE. — Sur le lactate de mercure comme succédané de la liqueur de van Swieten. (*Clinique*, n° 7, 16 févr. 1906.)

DESMOULIÈRE et LAFAY.— Nouveau mode de préparation du benzoate de mercure. (*Bull. Soc. fr. D. et S.*, n° 5, mai 1906.)

DUHOT. — Seringue de Barthélemy modifiée pour injections d'huile grise. (Soc. méd. chir. du Brabant, 29 mai 1906 ; in : *Presse méd. belge*, n° 24, 17 juin 1906.)

EMERY. — Les prétendus méfaits de l'huile grise. (*Clinique*, n° 7, 16 févr. 1906.)

FRANÇOIS. — Sur les combinaisons de l'iodure mercurique avec les amines libres. (*Journ. de Pharm. et de Chimie*, n° 1, 1er juillet 1906.)

GRIFFON. — Calomel et huile grise au gaïacoloïd. (*Bull. Soc. fr. de Derm.*, janv. 1906.)

GROSJEAN. — Sur l'incompatibilité du calomel et de l'acide cyanhydrique. (*Quinzaine thérap.*, 25 mai 1906.)

GUÉRIN. — Influence du mercure sur les reins. (*Thèse de Paris*, 1906.)

LOQUIN. — Contribution à l'étude clinique du salicylarsinate de mercure. (Enésol). (*Thèse de Lyon*, Impr. Schneider, Lyon, 1905.)

A. MARTINET. — Comment agissent l'iode et les iodiques. (*Presse méd.*, n° 44, 2 juin 1906.)

L. MICHEL. — Intoxication par le calomel. (Soc. de méd., Nancy, 8 nov. 1905 ; in : *Rev. méd. de l'Est*, n° 3, 1er févr. 1906.)

POSADAS. — Sobre una causa de accidente en las injecciones de aceite gris. (*Rev. Soc. méd. argent.*, janv.-févr. 1905.)

QUEYRAT. — De l'administration de l'iodure de potassium par la voie intestinale dans le cas d'intolérance de la voie gastrique. (*Bull. Soc. méd. Hôp.*, n° 21, 21 juin 1906.)

STOENESCO.—Contribution à l'étude des intoxications par le sublimé corrosif. (*Rev. de méd. lég.*, n° 6, juin 1906 ; et *Journ. de méd. Paris*, n° 27, 1 juill. 1906.)

G. T. WESTERN. — The influence of potassium iodide on the resistance of the blood fluids to staphylococcus albus. (*Brit. J. of derm.*, n° 8, aug. 1905.)

L'iode et les iodures. (*Journ. méd. de Bruxelles*, n° 17, 26 avr. 1906.)

Thérapeutique — Varia

ALLEN. — On high frequency currents in skin diseases. (XVe intern. Kongr.v. 19-26, Apr. 1906, Lisbonne ; in *Derm. Zeitschr.*, B. XIII, H. 7,Juli 1906.)

BABOU. — Traitement médical des adénites chroniques non suppurées. (*La Méd. moderne*, n° 21, 30 mai 1906.)

BENOIT DU MARTOURET. — De la désinfection humaine par les bains de vapeurs résineuses, sèches, du Pin-Mugho. (*Presse thermale*, n° 12, 25 juin 1906.)

DE BEURMANN et TANON. — Note sur l'emploi de la stovaïne en dermatologie. (*Bull. Soc. franç. d. Derm. et Syph.*, n° 9, déc. 1904.)

Ch. BILLAUD. — De certains effets de la thiosinamine. (*Gaz. méd. Nantes*, n° 50, 14 déc. 1907.)

IWAN BLOCH. — Bemerkungen über Thigenol. (*Monatsh. f. prakt. Derm.*, B. 40, n° 1, 1 jan. 1905.)

CALOT. — Le traitement des adénites cervicales et les marques du cou. (*Journ. méd. Bruxelles*, n° 34, 1907.)

CARLE. — De l'emploi du tuménol dans quelques dermatoses ; étude critique. (*Lyon méd.*, n° 45, 5 nov. 1905.)

J. CARLES. — Le chlorure de calcium en thérapeutique. (*Ann. de méd. et chir. inf.*, n° 52, 15 nov. 1907.)

CATZ. — Le traitement des plaies par le baume du Pérou. (*Clinique*, n° 21, 25 mai 1906.)

CERNEZZI. — L'anesthésie locale par la stovaïne et par le mélange adrénaline-stovaïne dans la chirurgie générale. (*Clinica. mod.*, 3 mai 1905, p. 216 Anal. in : *Arch. gén. de méd.*, n° 17, 24 avr. 1906.)

CHASSIN. — Acide acétique et vinaigres médicinaux. (*Rev. des Hôp.*, n° 6, juin 1906.)

CIANNI. — L'action de l'adrénaline dans la maladie de Werlhof. (*Riforma med.*, n° 5, 3 fév. 1906.)

DAVID. — Le lymphatisme qu'on n'envoie pas au bord de la mer. (*Province méd.*, n° 11, 17 mars 1906.)

DUBREUILH. — Des pommades en dermatologie. (*Journ. de méd. Bordeaux*, n° 14, 8 avr. 1906.)

L. FISCHER. — The treatment of intertrigo in infants and children. (*Amer. Journ. of Derm.* n° 5, June 1905.)

GLUCK. — A propos d'autoplastie cutanée. (Réun. libre des chir. de Berlin, 12 mars 1906 ; in : *Presse méd.*, n° 52, 30 juin 1906.)

HEINE-DORTMUND.— Ueber Iodvasogen. (*Deutsch. Mediz. Zeitung.*, août 1906, n° 62.)

C. HOLLSTEIN. — Traitement de la séborrhée du cuir chevelu à l'aide des solutions de théopinol. (*Therapie. der Gegenwart.*, nov. 1907.)

H. L. JONES. — On some new lines of work in electrotherapeutics. (*Lancet*, 28 oct. 1905.)

KAUFFMANN. — Bons résultats du traitement mercuriel dans certains cas de sclérème. (Soc. d'Obst. Paris, 15 mars 1906 ; in : *Presse méd.*, n° 25, 28 mars 1906 et *Bull. méd.*, n° 22, 21 mars 1906.)

KINNAMAN. — The external application of iodin in certain cutaneous diseases. (*Amer. Journ. of Derm.* n° 11, déc. 1905.)

LAFAY. — Les solutions aqueuses d'acide salicylique. (*Cliniq.*, n° 17 *bis*, 15 mai 1906.)

LENGEFELD. — Ueber Vasenol. (*Derm. Centralbl.*, apr. 1905, n° 7.)

D. LEONARDO.— Action de la thiosinamine et de la fibrolysine sur les cicatrices, les bactéries et le sang. (*Policlin. sect. chir.*, fasc. 10, oct. 1907.)

LE PIPE. — Traitement des ulcères variqueux par l'incision circonférentielle de la jambe. (*Thèse de Paris*, 1906.)

LEREDDE.—Le danger des pommades dans les maladies de la peau. (*Rev. prat. d. mal. vén.*, n° 2, fév. 1905.)

LEREDDE. — L'action spécifique des agents chimiques en thérapeutique dermatologique externe. (*Rev. prat. des mal. cut.*, n° 5, mai 1906.)

MAHU. — Un cas d'angiome traité par les injections d'eau oxygénée .(*Ann. des mal. de l'oreille*, n° 6, 1906.)

MALHERBE et STACKLER. — Des adénopathies cervicales chroniques spécialement chez les enfants et de leur traitement. (*Bull. méd.*, n° 99, 23 déc. 1905.)

MARCHAIS. — Rend-on service aux variqueux en leur faisant porter des bas élastiques ? (*La Clinique*, n° 26, 29 juin 1906.)

MATIGNON. — Les bains très chauds chez les Japonais. (*Presse méd.*, 21 août 1907.)

R. MAYRAND. — Asepsie dans le traitement des maladies superficielles de la peau. (*Bull. méd. de Québec*, n° 8, avril 1905.)

MACKENZIE.—The local anaesthetic action of stovaïne. (*Brit. med. journ.*, May 12 th. 1906.)

MESTRE. — Contribution à l'étude du traitement des abcès froids par les injections d'éther iodoformé. (*Thèse Paris*, 1906.)

E. MEYER.— Les pulvérisations de chlorure d'éthyle contre le sycosis parasitaire. (*Sem. méd.*, n° 6, 8 févr. 1905.)

M. MORRIS. — On some new therapeutic methods in dermatology. (*Brit. med. Journ.*, 1er avr. 1905.)

FRIEDRICH NECKER. — Isoform in der dermatologischen Therapie. (*Deuts. Mediz. Zeitung.*, August. n° 62, 1906.)

NEUENBORN. — Le chlorure d'éthyle dans la pratique de la spécialité. (Aethylchloridnarkose in der Hals-Nase-und Ohrenpraxis). (Archiv für Laryng., XVII, n° 1 et *Rev. hebd. de Lar. ot. et rhin.*, n° 13, 31 mars 1906.)

NICOLLE et MESNIL. — Traitements des trypanosomiases par les couleurs de benzidine. (*Ann. de l'Inst. Pasteur.*, n° 6, 25 juin 1906.)

L. M. PAUTRIER. — De l'emploi des pâtes en dermatologie et pour le pansement des plaies superficielles. (*Presse méd.*, n° 25, 29 mars 1905.)

PAUTRIER. — Le traitement des dartres du visage, chez les enfants et les jeunes femmes. (*Presse méd.*, n° 49, 21 juin 1905.)

E. PISKO. — General therapeutics in skin diseases. (*Amer. Journ. of Derm.*, n° 5, June 1905.)

POULIOT. — La thiosinamine et son emploi thérapeutique. (*Arch. méd.chir. du Poitou*, n° 12, déc. 1907.)

POUTCHKOVSKY. — Sur le traitement de l'acné vulgaire par la levure de bière (en Russe). (*Voïenno-med. Journ.*, févr. 1906.)

REDARD et BARRET. — Traitement des chéloïdes par l'effluve de haute fréquence. (*Presse méd.*, n° 55, 11 juillet 1906.)

Paul RECLUS. — Pommade analgésique, hémostatique et antiseptique. (*Journ. des Prat.*, n° 25, 24 juin 1905.)

RICHTER. — Ueber die Behandlung entzündlicher Prozesse der Haut mit heissen Bädern. (*Munch. med. Wochenschr.*, 10 avril 1906.)

ROCKWELL.— Physical methods of treatment in skin diseases. (*Amer. Jour. of Derm.*, n° 3, March 1906.)

SAALFELD. — Sur le traitement par la levure dans les maladies de peau. (*Ann. des Mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, n° 7, juillet 1906.)

SAALFELD. — Dermatotherapeutische Beiträge. (XV° Intern. Kong. V, 19-26 apr. 1906, Lisbonne ; in : *Derm. Zeitsch.*, B. XIII, H. 7, Juli 1906.)

SABOURAUD. — Comment on doit faire avec de l'huile fraîche la toilette de la peau eczématique? (*Clinique*, n° 17 *bis*, 15 mai 1906.)

J. F. SCHAMBERG, N. GILDERSLEEVE, et H. SHŒMAKER. — Bacterial injections in the treatment of diseases of the skin. (*Journ. of cut. dis.*, déc. 1907.)

VIANNAY. — Traitement des varices. (*Province méd.*, n° 7, 17 févr. 1906.)

J. VINCENT. — Traitement du lymphatisme par la médication sulfureuse de Challes. (*Impr. gén. Savois.*, Chambéry, 1906.)

J. VINCENT. — Traitement des laryngites professionnelles par la médication sulfureuse de Challes (près Chambéry). (*Impr. gén. savoisienne*, Chambéry, 1906.)

WEIK. — Therapeutische Versuche mit Isoform. (*Mediz. Klin.*, n° 19, 1905.).

WEINBERG. — Un nouveau dispositif de sûreté pour les injections sous-cutanées et intraveineuses. (*Munch. med. Woch.*, n° 14, 3 avr. 1906.)

A. WHITFIELD. — The opsonic method in skin diseases. (*Journ. of cut. dis.*, Dec. 1907.)

O. M. WILSON. — Dermatological transitions. (*Med. Rec.*, April 20, 1907.)

ZAKRZEWSKI. — Ueber Sapolan. (*Derm. Centralbl.*, mai 1905, n° 8.)

TRAVAUX ORIGINAUX

—

ETUDE HISTOLOGIQUE SUR TROIS CAS D'ENGELURES

Par le Dr Menahem-Hodara (de Constantinople)

(*Travail du service dermatologique de l'Hôpital de la marine Impériale*)

Il y a un peu plus de dix ans, j'ai publié une étude histologique sur la congélation expérimentale faite avec des pulvérisations d'éther sur les oreilles du lapin, ainsi que sur la congélation chez l'homme produite sur des parties saines exposées accidentellement à l'action d'un froid intense ; *mais qui n'avaient pas été auparavant le siège d'engelures* (1). Dans ce travail j'avais confirmé les données déjà obtenues par V. Recklinghaussen et par Kriege. Aujourd'hui il m'a semblé intéressant de faire une étude histologique sur les engelures pour comparer les résultats jadis obtenus dans la congélation expérimentale chez les animaux et dans la congélation accidentelle chez l'homme avec la maladie dénommée « engelures » ou « érythème pernio » de Bazin. Dans ce but, je me suis procuré un matériel d'engelures excisé de 3 fillettes atteintes d'engelures depuis des années aux mains et aux pieds. Avant d'exposer les altérations histologiques constatées dans ces cas d'engelures, je voudrais mentionner très brièvement le résumé de mon ancien travail sur la congélation expérimentale sur les oreilles du lapin et accidentelles chez l'homme, qui était la suivante : La gelure expérimentale sur les lapins et accidentelle chez l'homme est une réaction inflammatoire intense dans laquelle on voit : dilatation énorme de tous les vaisseaux et capillaires, œdème excessivement intense de tout le tissu, infiltrations considérables périvasculaires de grands foyers de lymphocytes et de leucocytes mononucléaires ; prolifération intense et hypertrophie considérable des protoplasmes spongieux et des noyaux de cellules conjonctives dans tout le tissu ; par place, dans le tissu, coagulations de fibrine fibrillaire et granuleuse ayant séparé et déchiré des fibres collagènes ; énorme hypertrophie des fibres élastiques. Cette réaction inflammatoire s'accompagne de diverses altérations du sang et de la formation, dans la plupart des vais-

(1) Voir *Monatshefte für prakt. Dermat.* 1896 et *Journal des Maladies cutanées.*

seaux, de diverses espèces de thrombus ; thrombus blancs leucocytaires, thrombi hyalins leucocytaires, érythrocytaires, fibrineux et fibreux. En outre, on voit diverses altérations régressives telles que : dégénérescence régressive des fibres élastiques hypertrophiées, qui deviennent homogénisées, se vacuolisent, se dissocient en fibrilles et finalement se rompent et deviennent tout à fait incolores et invisibles ; dans la congélation escharotique on voit transformation par place des fibres collagènes en lames homogènes, luisantes, hyalines, dépourvues de tout élément cellulaire; des amas de leucocytes sont transformés, par places dans le tissu, en corps, en réseaux, et en masses hyalines ; par places des parois vasculaires sont transformées en bandes homogènes hyalines, dépourvues de tout élément cellulaire, etc. Les thrombi vasculaires sont très probablement la cause des mortifications de l'homogénisation des parties collagènes et de la formation des eschares plus ou moins profondes. Dans les cas graves, ces eschares peuvent s'étendre très profondément ; dans les cas favorables s'éliminent totalement et au-dessus d'elles il se forme une cicatrisation complète.

Les lymphocytes et les leucocytes mononucléaires se trouvent en grands amas et jouent le rôle le plus important dans la période inflammatoire de la congélation éythémateuse, surtout chez l'homme, tandis que les leucocytes polynucléaires se trouvent relativement peu abondants et dispersés. Une véritable leucocytose polynucléaire très abondante n'existe qu'après la mortification de la surface vers laquelle ces éléments se dirigent abondamment pour la constitution et l'élimination des eschares.

Dans la congélation expérimentale chez les lapins, Kriege constatait 20 heures après la congélation de l'épiderme de petites bulles de fibrine coagulée et de nombreux leucocytes. Dans une oreille congelée 18 fois pendant 4 jours, Kriege constatait en outre des couches inférieures de l'épithélium et des gaines folliculaires transformées en hyaline et des bulles épidermiques pleines de coagulation fibrineuse et d'amas de cellules rondes, transformées en masses hyalines.

Dans la coagulation expérimentale faite par moi sur les oreilles du lapin, 24 heures après, je constatai un œdème plus prononcé entre le corps papillaire et l'épiderme, qui, par places, est un peu soulevé comme une bulle ; l'épiderme était par places faiblement

colorable, l'œdème a lavé la chromatine des noyaux épithéliaux et balayé dans le derme, qui est couvert de particules. Dans l'oreille de lapin congelée, on constatait, 3 jours après, des eschares de diverses profondeurs ; l'escharre superficielle était constituée par une portion d'épiderme mortifié et homogénisé et par un amas de leucocytes polynucléaires ; dans d'autres places, tout l'épiderme est mortifié et enfin l'eschare profonde est constituée par des portions étendues mortifiées du derme dont les fibres collagènes sont transformées en larves homogènes, hyalines et ces eschares sont couvertes de grands amas de leucocytes polynucléaires.

Nous ne voulons pas être trop long en résumant tout le travail, mais pour de plus amples détails nous renvoyons à notre ancien travail original mentionné au début.

Examen histologique des trois cas d'engelures.

1er *Cas d'engelure.* — Victoria, jeune fille âgée de 14 ans, atteinte d'engelures dans tous les doigts, surtout au dos de toutes les phalanges, sous forme de plaques rouges, érythémateuses, œdémateuses, bleuâtres, gonflées et saillantes ; la surface est lisse ; dans quelques-unes des plaques d'engelures on voit des parties gris-perle comme dans l'érythème polymorphe. Ces engelures, elle les a depuis son enfance très accentuées pendant chaque hiver et quelquefois l'été, mais peu accentuées. Les mains ont une couleur bleuâtre, sont très froides au toucher. Le petit frère de cette fille a aussi des engelures, j'ai extirpé de cette fille 2 pièces.

1re *Pièce.* — La 1re pièce était une plaque d'engelure érythémateuse, rouge, œdémateuse, à surface lisse. Microscopiquement, on voit un épaississement de la couche cornée (hyperkératose) et une couche granuleuse plus volumineuse, une hypertrophie et hyperplasie des cellules épineuses ; les protoplasmes et les noyaux cellulaires sont plus volumineux, on voit d'assez nombreuses mitoses aux rangées basales et il y a un léger œdème intra et intracellulaire. Au derme, on voit des altérations inflammatoires intenses, dilatation énorme de tous les vaisseaux et capillaires et des fentes lymphatiques, œdème considérable, hypertrophie des cellules endothéliales et prolifération des cellules périthéliales ; hypertrophie et hyperplasie considérable des cellules conjonctives dans tout le tissu du derme et infiltrations cellulaires périvascu-

laires des lymphocytes et des leucocytes mononucléaires en foyers énormes autour des parois des vaisseaux du derme et autour des glomérules sudoripares. Autour des capillaires, l'infiltration cellulaire périsvaculaire des lymphocytes est relativement très peu prononcée, ainsi que dans le tissu inter-vasculaire. Nulle part, on ne voit d'agglomération des leucocytes polynucléaires. Les fibres élastiques sont altérées, elles sont très hypertrophiées, d'un volume considérable, fortement colorables ; ensuite les fibres élastiques hypertrophiées par places sont en voie de dégénérer, de s'homogéniser et de devenir de plus en plus faiblement colorables et se dissocient en fibrilles multiples, finalement se désagrègent, se rompent et par places deviennent incolores. Dans cette pièce d'engelure érythémateuse on ne voit nulle part d'altérations du sang, ni de thromboses d'aucune sorte dans les humeurs.

2e *Pièce.* — La 2e pièce d'engelure excisée dans ce cas était une plaque d'engelure érythémateuse ayant dans quelques parties une couleur gris-perle, comme vésiculeuse, telle que dans l'érythème polymorphe. Cette plaque d'engelure était donc en partie érythémateuse et en partie légèrement vésiculeuse. Microscopiquement, on voit dans la partie érythmateuse, à l'épiderme, tout à fait les mêmes altérations mentionnées dans la pièce précédente ; mais dans la partie vésiculeuse on voit, à l'épiderme, l'œdème intra et intercellulaire plus intense, la couche granuleuse est par place disparue et il y a par places formation de lamelles parakératosiques; dans quelques places l'œdème est plus prononcé encore et la sérosité accumulée au-dessous de la couche cornée sous forme des petites vésicules séreuses aplaties et la couche cornée très épaisse est infiltrée de sérosité accumulée par places entre les lamelles cornées dissociées, nulle part on ne voit de leucocytes polynucléaires ; les cellules épineuses dans les parties œdémateuses vésiculeuses ont le protoplasme vacuolisé ; les cavités nucléaires très dilatées par l'œdème (altérations cavitaires de Leloir) ; par places, les cellules sont complètement homogénisées par l'œdème et très faiblement colorables ou incolores. On voit dans certains points de la pièce un processus de réparation ; au-dessous des lamelles cornées parakératosiques ou au-dessous des vésicules, on voit une nouvelle couche granuleuse et épineuse en voie de formation.

Au derme, dans cette pièce d'engelure érythémato-vésiculeuse, les altérations inflamatoires sont tout à fait analogues à celles de la pièce précédente.

2e *Cas d'engelure.* — Regina, âgée de 16 ans, est atteinte d'engelures depuis son enfance, chaque hiver. Actuellement, elle a des engelures aux mains et aux pieds. On voit au dos des mains une dizaine de plaques d'engelures de diverses grandeurs, les unes érythémateuses, les autres vésiculeuses ou bien recouvertes de petites croûtes. Les mains sont froides, rouges, bleuâtres, tuméfiées. J'ai pu enlever de ce cas seulement une petite pièce d'engelure datant de 4 semaines, et un peu améliorée d'après le dire de la jeune fille. Cette petite plaque d'engelure était rouge, érythémateuse, peu saillante et au centre recouverte d'une croûtelette en voie de s'éliminer.

Microscopiquement, on voit à la surface une squame, par places très épaisse, composée de lamelles parakératosiques multiples avec des rangées de noyaux aplatis ou ovalaires, et au centre il y a une croûte leucocytaire pleine de grands amas de leucocytes polynucléaires située au milieu de la squame parakératosique. Seulement au niveau de la croûte leucocytaire centrale il y a de grandes agglomérations de cocci, tandis qu'au niveau des lamelles desquamantes parakératosiques périphériques il n'y a pas de foyers de cocci ; de façon que ces grandes agglomérations leucocytaires dans cette croûte centrale semblent être attirées par l'infection de cette partie de la squame par des foyers de cocci. Audessous de la squame et de la croûte, on voit une nouvelle couche cornée néoformée normalement kératinisée, très épaisse et une nouvelle couche épineuse très hypertrophiée et très hyperplasiée ; les protoplasmes et noyaux cellulaires sont plus volumineux avec des bourgeons épithéliaux très proliférés dans le derme, et on voit des mitoses aux rangées basales.

Au derme, on voit les mêmes altérations inflammatoires mentionnées dans la première pièce d'engelure érythémateuse ; seulement ici, elles semblent être moins accentuées et en voie d'amélioration. Malgré la présence de la croûte leucocytaire au milieu de la squame de la surface, on ne voit pas dans le derme, de même que dans les pièces précédentes, de foyer de leucocytes polynucléaires en voie d'émigration. De façon que la leucocytose

polynucléaire de la surface a été passagère et due probablement à l'infection d'une partie de la squame par les foyers de cocci situés juste sur la croûte.

3e *Cas d'engelures.* — Esther, âgée de 13 ans, souffre depuis quelques années d'engelures, ainsi que sa sœur aînée. Chaque hiver, les engelures sont très enflammées ; pendant l'été, elle les a quelquefois, mais très peu intenses.

Actuellement, elle a les deux mains froides, d'une coloration rouge bleûatre ; sur le dos des doigts elle a des engelures érythémateuses, rouges, œdémateuses et un peu saillantes ; par places on voit des engelures sous forme des plaques rouges arrondies d'une coloration gris-perle. On voit aussi une engelure ulcérée, ayant à la périphérie une cercle rouge érythémateux et à la partie centrale une ulcération recouverte d'une croûte épaisse comme un ecthyma ; c'est cette dernière pièce que j'ai excisée pour l'examen microscopique. Aux pieds aussi elle avait des engelures, par places érythémateuses sous forme de plaques rouges livides ; par places des engelures bulleuses sous forme de grandes bulles très saillantes, par places des engelures ulcérées. Comme il a été dit, la pièce excisée de la main pour l'examen microscopique est une engelure ayant à la partie centrale une ulcération recouverte d'une croûte épaisse sous laquelle jaillissait du pus et à la périphérie un cercle rouge érythémateux, œdémateux et un peu saillant. Microscopiquement on voit dans la préparation autour de l'ulcération centrale, *dans la partie érythémateuse périphérique*, un épiderme énormément hypertrophié et hyperplasié. La couche cornée, normalement kératinisée, est très épaisse, hyperkératosique, la couche granuleuse excessivement volumineuse composée de 8 à 10 grandes rangées d'énormes cellules granuleuses avec de très gros grains de kératohyaline très nombreux. La couche épineuse est immensément hypertrophiée et proliférée telle que dans les condylomes ; les bourgeons épithéliaux surtout sont très profondément et très irrégulièrement proliférés dans le derme dans toutes les directions, comme dans le début des carcinomes. Les cellules sont immensément agrandies avec des protoplasmes très hypertrophiés et des noyaux énormément volumineux et très riches en chromatine. Dans les parties érythémateuses relativement éloignées de l'ulcère central, l'œdème parenchymateux et

intercellulaire est moindre et la prolifération cellulaire est très considérable ; à mesure qu'on se rapproche de l'ulcère central l'œdème parenchymateux et intercellulaire devient de plus en plus marqué, les espaces intercellulaires plus dilatés, les protoplasmes plus œdémateux, faiblement colorables ou vacuolisés, les cavités nucléaires plus dilatées (altération cavitaire de Leloir), la chromatine des noyaux larvée par l'œdème et les débris de chromatine des noyaux transportés sur les protoplasmes cellulaires, et dans les parties où l'œdème est plus accentué la kératohyaline de la couche granuleuse a presque tout à fait disparu et la kératinisation de la surface est devenue anormale, parakératosique, formant à la surface une squame épaisse parakérosique avec de nombreuses rangées de noyaux aplatis. On voit immédiatement à la périphérie de l'ulcération l'épiderme infiltré de sérosité et de leucocytes polynucléaires abondamment émigrés, désagrégeant et détruisant l'épiderme, les cellules épineuses, les unes partiellement ou complètement vacuolisées par l'œdème ; d'autres cellules épineuses sont complètement homogénisées, très faiblement colorables ou tout à fait incolores ; des cellules entières détruites, brisées par l'accumulation de la sérosité et de l'infiltration leucocytaire séparant les rangées cellulaires et formant des larges canaux vides œdémateux, irréguliers et les leucocytes polynucléaires émigrés entre les cellules épineuses s'accumulent à la surface dans la squame parakératosique qu'elles soulèvent et enfin tout à fait à la limite de l'ulcère on voit l'épiderme complètement nécrotisé et détruit par l'infiltration de la sérosité et l'agglomération abondante de leucocytes polynucléaires et les cellules épineuses complètement homogénisées ou brisées, et on voit des débris de noyaux et des protoplasmes de cellules épineuses persistantes, mêlées ensemble avec les agglomérations leucocytaires et les cellules desquamantes parakératosiques ; le tout en voie de se transformer en croûte purulente. Par places, on voit immédiatement au-dessous de la squame parakératosique de la surface des vésicules séro-purulentes plus ou moins grandes composées de sérosité et de leucocytes polynucléaires ; et tout près de l'ulcère on voit une irruption de leucocytes polynucléaires irrégulièrement dans l'épiderme s'accumulant par places en masses entre les rangées cellulaires formant comme de petits abcès et dans d'autres places on voit aussi entre les rangées des cellules épineuses des accumu-

lations fibrineuses fibrillaires et granuleuses; et ce flux, par places séreux, par places leucocytaire, et par places fibrineux dissocie les cellules épithéliales qui sont plus ou moins homogénisées, incolores, les noyaux brisés et en voie de disparaître. On voit par places autour de l'ulcère, ou même quelque peu distancé de l'ulcère, au beau milieu d'une portion d'épiderme intact dont les cellules sont bien colorées, à la partie inférieure, moyenne et un peu supérieure de l'épiderme de petits îlots des cellules épineuses transformées totalement, protoplasmes et noyaux compris en globes homogènes, luisants, d'aspect hyalin, sous forme de blocs arrondis, ovalaires ou irréguliers sur lesquels on voit par places quelques débris de chromatine encore persistante et colorable. On voit encore près de l'ulcère quelques parties épithéliales transformées en vésicules plus ou moins grandes contenant des coagulations fibrineuses fibrillaires et granuleuses; et dans l'intérieur de ces vésicules fibrineuses, on voit des globules blancs dont les uns sont intacts, tandis que d'autres globules blancs sont transformés en corps hyalins, luisants, isolés ou groupés ensemble en masses hyalines compactes ou sous forme de réseaux hyalins grossiers ou de diverses formes irrégulières.

Dans cette partie érythémateuse d'engelure périphérique à l'ulcère central on ne voit pas à la surface de la couche cornée ou des squames parakératosiques des foyers des cocci ; tandis qu'au contraire, comme nous le verrons à la surface de la croûte leucocytaire recouvrant l'ulcère central on voit d'immenses foyers de cocci.

Au derme, au niveau de cette partie érythémateuse vésiculeuse périphérique à l'ulcère, on voit, en allant de la périphérie vers le centre de la préparation, dans les parties éloignées de l'ulcère, au - dessous de l'épiderme les capillaires et les vaisseaux du derme très dilatés, les cellules endothéliales très hypertrophiées, les cellules périthéliales hypertrophiées et proliférées et disposées en rangées parallèles ; il y a aussi une hypertrophie et hyperplasie des cellules conjonctives du tissu du derme et du tissu papillaire.

A mesure qu'on se rapproche de l'ulcère on voit, sous les parties épidermiques, les vaisseaux énormément dilatés et engorgés de sang, les uns pleins de globules blancs (thromboses blanches leucocytaires) ou bien pleins exclusivement de globules rouges d'apparence normale ou bien mêlés ensemble, On voit aussi quelques

lumières des vaisseaux ou des capillaires dilatés, contenant diverses espèces de thrombus ; des thrombi érythrocytaires composés de globules rouges altérés, brisés en débris irréguliers et entassés en masses compactes granuleuses formant des thrombi érythrocytaires qui remplissent partiellement ou totalement quelques lumières. On voit aussi des vaisseaux ou des capillaires dilatés contenant des thrombi hyalins, luisants, arrondis, isolés ou bien agglomérés ensemble sous forme de réseaux grossiers hyalins luisants, de formes irrégulières formant aussi des thrombi hyalins leucocytaires, qui remplissent partiellement ou totalement quelques lumières des vaisseaux ou des capillaires dilatés. On voit encore quelques lumières fibrineuses fibrillaires et granuleuses qui occupent partiellement des lumières vasculaires, ou bien on voit dans quelques lumières ces diverses espèces de thrombi mêlés ensemble.

On voit au derme dans cette partie érythémato-vésiculeuse recouverte d'épiderme, de grandes infiltrations des lymphocytes autour des parois vasculaires et aussi dans tout le tissu du derme profondément mêlés ensemble avec des leucocytes mononucléaires et des cellules conjonctives proliférées et hypertrophiées et ces 3 éléments, lymphocytes, leucocytes mononucléaires et cellules conjonctives remplissent tout le tissu. Mais dans cette partie d'engelure érythémato-vésiculeuse recouverte d'épiderme, les leucocytes polynucléaires sont en qualité beaucoup moindre relativement aux grands foyers de lymphocytes et de cellules conjonctives. Au contraire, en s'approchant du niveau de l'ulcération centrale recouverte de croûte, on voit les foyers des leucocytes polynucléaires en masses énormes formant une couche épaisse purulente située au-dessous de l'épiderme détruit et fransformée en croûte.

A la partie centrale de cette pièce d'engelure ulcéreuse on voit une ulcération recouverte d'une croûte très épaisse et en voie d'élimination. La croûte est composée de 2 couches. A la partie supérieure de la croûte on voit l'ancien épiderme détruit et transformé en une couche très épaisse homogénisée nécrotisée contenant quelques noyaux épithéliaux aplatis ou brisés et d'immenses amas de foyers de cocci ; mais à la surface de la croûte il n'y a pas de grands foyers leucocytaires.

La partie moyenne et inférieure de la croûte est composée d'une couche très épaisse d'immenses foyers de globules de pus. Les

énormes amas de cocci sont situés à la partie supérieure de la croûte, au-dessous de la couche purulente.

Seulement à la surface de la croûte leucoytaire centrale, il y a de grandes agglomérations de cocci ; tandis que dans la partie érythémateuse périphérique à l'ulcère on ne voit pas, à la surface de la couche cornée, de foyers de cocci. Au-dessous de la croûte on voit une couche exclusivement purulente très épaisse occupant une grande partie du derme recouverte totalement de leucocytes polynucléaires sous forme de trèfles tels qu'on les voit dans le liquide purulent et dans cette coupe purulente il y a très peu d'éléments cellulaires leucocytaires mononucléaires et très peu d'éléments cellulaires conjonctifs. Dans cette couche purulente située sous la croûte le tissu collagène est presque totalement disparu. Au dessous de cette couche purulente on voit à la partie inférieure du derme les leucocytes polynucléaires relativement en quantité beaucoup moindre mêlés ensemble avec un très grand nombre de cellules conjonctives hypertrophiques et un très grand nombre de lymphocytes et de leucocytes mononucléaires, qui recouvrent totalement le tissu de la partie inférieure du derme ; de façon que la leucocytose polynucléaire est accumulée seulement dans la croûte et sous la croûte dans une couche liquide purulente servant à l'élimination de la croûte. On voit dans cette couche purulente située sous la croûte de très nombreux leucocytes transformés en corps hyalins isolés ou conglomérés ensemble sous forme d'énormes blocs hyalins luisants ou bien de réseaux grossiers ou de masses compactes hyalines irrégulièrement disséminées. On voit en outre dans cette couche purulente située sous la croûte des coagulations fibrineuses énormes, fibrillaires et granuleuses. Au-dessous de cette couche purulente située sous la croûte on voit à la partie moyenne et inférieure du derme une grande portion d'anciens bourgeons épithéliaux profondément proliférés et restés isolés dans le derme, tels qu'on les rencontre dans les nævi ou les carcinomes. Au-dessous de la couche purulente, on voit à la partie inférieure du derme le tissu collagène raréfié en fibrilles plus ou moins minces et irrégulières par des infiltrations cellulaires énormes. Dans cette partie ulcéreuse centrale les vaisseaux sont excessivement nombreux et les lumières sont énormément et variqueusement dilatées, les uns bourrés totalement de globules blancs (thrombi blancs), les autres de globules rouges. On

voit dans quelques lumières des thromboses hyalines leucocytaires et d'autres lumières contiennent des thromboses érythrocytaires ou des thromboses fibrineuses bien mêlées ensemble, qui remplissent plus ou moins les lumières vasculaires. Les cellules endothéliales des vaisseaux sont très hypertrophiées, les cellules périthéliales sont aussi hypertrophiées et proliférées en grandes rangées parallèles. A la périphérie de l'ulcère on voit au derme des parties d'engelures érythémato-vésiculeuses, les fibres élastiques très hypertrophiées quelques-unes des fibres sont immensément hypertrophiées, quelques-unes d'une épaisseur peut être dix fois plus considérable et plus ayant l'aspect des fibres collagènes, ensuite les fibres élastiques hypertophiées commençent à dégénérer, deviennent faiblement colorables, se dissocient en fibrilles et finalement se rompent en débris et deviennent tout à fait incolores.

En général les fibres élastiques sont plus hypertrophiées à la partie tout à fait inférieure du derme, un peu moins à la partie moyenne; au tissu papillaire l'hypertrophie des fibres élastiques est très peu prononcée. Au niveau de l'ulcère on voit sous la croûte, dans la couche épaisse purulente, qui forme la surface de l'ulcère, le tissu élastique complètement disparu, mais audessous de l'ulcère, à la partie inférieure du derme, le tissu élastique est dans plusieurs places persistant et toujours composé d'énormes fibres hypertrophiées.

Conclusions.

De façon que si on compare les altérations histologiques des congélations expérimentales chez le lapin et des congélations accidentelles chez l'homme avec les altérations histologiques des 3 cas d'engelures examinées, on voit que les altérations vasculaires et inflammatoires du derme, les altérations des fibres élastiques et les altérations de l'épiderme sont à peu près identiques, mais les altérations du sang et les diverses espèces de thrombi observés déjà au début dans la congélation érythémateuse expérimentale chez le lapin et dans la congélation érythémateuse accidentelle chez l'homme, manquent dans les 3 premières pièces d'engelures examinées au début, érythémateuse, érythémato-vésiculeuse et érythémato-squameuse.

Par contre dans la 4e pièce d'engelure avancée, à la périphérie

érythémateuse et au centre ulcéreus et croûteus excisée du 3e cas on voit à la périphérie de l'ulcère, dans les parties érythémato-vésiculeuses périphériques, outre les altérations inflammatoires du derme, de l'hypertrophie énorme et dégénérescence des fibres élastiques et de l'hypertrophie et hyperplasie extraordinairement considérable de la couche épineuse, des altérations du sang et les diverses espèces des thrombi hyalins leucocytaires, érythrocytaires et fibrineux analogues à celles des congélations expérimentales chez le lapin et de la congélation accidentelle chez l'homme. De même dans cette pièce d'engelure ulcéreuse, on voit dans la partie ulcéreuse des amas des globules blancs transformés en blocs et masses hyalines ainsi que des coagulations fibrineuses fibrillaires et granuleuses, telles que dans la congélation expérimentale chez le lapin et dans la congélation accidentelle chez l'homme. De même dans cette pièce d'engelure ulcéreuse on voit, à la partie périphérique érythémato-vésiculeuse, à l'épiderme, des vésicules pleines de fibrine et de globules blancs transformés en corps hyalins tel que l'a observé Kriege dans la congélation expérimentale chez le lapin. Mais on ne voit pas dans cette pièce d'engelure ulcéreuse examinée de thromboses fibreuses, ni de lames collagènes transformées en lames hyalines telle que nous les avons vues dans la congélation expérimentale chez le lapin et dans la congélation accidentelle chez l'homme.

LE DERMOGRAPHISME BLANC SUR LA PEAU ROUGE.

Par M. Nicolski (de Varsovie).

A la mémoire de M. Barthélemy.

Au milieu de nombreux travaux dans le domaine de la dermatologie, M. Barthélémy a donné une étude classique et très détaillée sur le dermographisme (1). Il a observé sur plus de 70 malades le dermographisme rouge et sur 2 malades le dermographisme blanc. Grâce à ce travail, ce phénomène très intéressant fixa mon attention.

Dans mon travail précédent (2) j'ai décrit des phénomènes inverses, qu'on trouve, sous l'influence des courants électriques, des

(1) M. Barthélemy. — Etude sur le dermographisme ou dermoneurose taxivasomotrice, 1903.

(2) Nicolski. — Le dermographisme rouge et blanc. Bulletin de la Société franç. de derm. et de syph., 1902. Nicolski. Le dermographisme blanc. Les questions de la médecine neuropsychique, 1902 (en Russe).

bains chauds et du refroidissement sur la peau, qui présente le dermographisme rouge et sur celle qui donne les symptômes du dermographisme blanc. Puis, j'ai montré que le dermographisme blanc est loin d'être rare, qu'on le rencontre dans quelques cas d'eczéma chronique, de psoriasis, d'érythème scarlatiniforme, de pityriasis rubra, de pemphigus végétant et qu'il se montre comme un symptôme permanent du prurigo.

Enfin, j'ai remarqué que les remèdes qui aboutissent à la diminution du dermographisme blanc, comme la phénacétine, l'antipyrine, les bains chauds, en même temps donnent les meilleurs résultats thérapeutiques dans le prurigo.

A présent je voudrais appeler l'attention sur le dermographisme blanc au niveau de la peau rouge, que j'ai observé chez 15 malades dont la peau présentait la rougeur généralisée et qui étaient atteints de pityriasis rubra (1), dermatitis exfoliativa (8), psoriasis universalis (2), eczema universale (1), erythème exsudativum universale (2), erythema scarlatiniforme (1).

Chez tous ces malades, aussitôt après le passage de la pointe mousse, on a pu constater, sur la surface rouge de la peau, les lignes blanches. Celles-ci, étroites au commencement, devenaient rapidement plus larges et, grâce au contraste de la couleur rouge de la peau environnante, elles étaient si tranchantes qu'on pouvait les remarquer à distance. Les lignes blanches persistaient 5-15 minutes et puis elles disparaissaient peu à peu.

On ne peut pas attribuer ce phénomène à la desquamation argentifère de l'épiderme, qui donne lieu à la ligne peu tranchante, fine ; celle-ci ne s'élargit point, elle est tout à fait superficielle et reste visible longtemps. Au contraire, les lignes blanches du dermographisme s'élargissent rapidement, donnent l'impression très nette du blanchiment dans les couches profondes de la peau et elles disparaissent après 5-15 minutes.

En observant ces malades dans la clinique pendant un temps prolongé, j'ai pu constater que la rougeur (et l'infiltration) de la peau diminue et disparaît à mesure de la diminution du dermographisme blanc et de sa transition à la réaction vasculaire mixte (1) et normale.

(1) On parle de la réaction vasculaire mixte, quand il apparaît au commencement une ligne rougeâtre, qui se remplace très vite par la ligne blanche.

Quant à la thérapeutique des maladies susdites j'ai remarqué que les remèdes les plus efficaces sont ceux qui ont une influence sur la dilatation des vaisseaux, comme les bains chauds, la salipyrine, le salicylate de soude, etc.

Enfin, dans les trois cas, j'ai eu la possibilité d'observer le développement progressif de la rougeur de la peau et j'ai pu constater, les premiers jours de la maladie, sur la peau rouge, le dermographisme rouge. Celui-ci fut remplacé bientôt par le dermographisme blanc, et en même temps la couleur de la peau rouge clair céda sa place à la couleur rouge foncé.

Tels sont les faits observés. J'essayerai de les éclaircir autant que possible.

Le spasme des vaisseaux dans la peau rouge, à la première vue, ne présente qu'un fait paradoxal, parce qu'on explique ordinairement l'apparition de la rougeur par l'activité plus vive des nerfs vaso-dilatateurs ou par la paralysie des nerfs vaso-constricteurs. Mais dans les deux cas le spasme des vaisseaux (le dermographisme blanc) ne pourrait pas avoir lieu, parce que dans le premier cas les vaso-dilatateurs seraient plus forts que les vaso-constricteurs et dans le second cas ceux-ci seraient paralysés. Il est évident qu'il faut chercher une autre explication du phénomène observé. Je pense que la suivante serait la plus vraisemblable.

L'évolution de la maladie débute par l'irritation des nerfs vaso-dilatateurs et vaso-constricteurs (et de leurs centres). Mais les altérations de la peau, au commencement, se développent sous l'influence des vaso-dilatateurs, comme plus forts ordinairement. Ces altérations consistent dans l'hyperémie active avec la couleur rouge clair qui se généralise rapidement. Les petites artérioles s'élargissent et une grande quantité de sang remplit le réseau capillaire, qui s'élargit aussi très fort. En ce temps on peut constater sur la peau rouge le dermographisme rouge.

Cependant, bientôt l'activité augmentée des nerfs vaso-dilatateurs se change par la paralysie. Alors les nerfs vaso-constricteurs, dont l'irritabilité est aussi augmentée, rétrécissent fort les artérioles. Le réseau capillaire très dilaté, n'ayant pas d'éléments contractiles, ne peut pas se rétrécir dans peu de temps. En outre à présent la quantité de sang passant à travers les artérioles rétrécies est plus petite, ce qui conduit au ralentissement du cours du sang (la stase) dans les vaisseaux capillaires, qui, à son

tour, soutient et augmente la dilatation de ceux-ci. La stase du sang change la couleur rouge clair de la peau en rouge sombre, trouble la nutrition des parois des vaisseaux, aboutit à l'infiltration du tissu et aux autres altérations, comme la desquamation, la vésiculation, etc. A cette période on constate le dermographisme blanc.

Puis, quand à l'aide des remèdes calmants (les bains chauds, salipyrine, etc.), l'activité augmentée des nerfs vaso-constricteurs devient normale, on note que le dermographisme blanc cède aussi sa place à la réaction vasculaire normale. Quand le spasme des petites artérioles disparaît, la quantité et le cours du sang dans le réseau capillaire devient normale et les vaisseaux capillaires se rétrécissent, les infiltrations s'absorbent et la peau pâlit peu à peu.

Dans les maladies susdites les altérations des nerfs vaso moteurs (et de leurs centres), dont l'expression présente au commencement le dermographisme rouge et puis le dermographisme blanc, s'accompagnent d'altérations des autres parties du système nerveux. J'ai observé chez plusieurs malades la sensibilité augmentée des ganglions sympathiques et des troncs nerveux, l'accélération du pouls et les réflexes tendineux augmentés.

Dans plusieurs cas ces troubles diminuaient et disparaissaient en même temps que le dermographisme blanc et les accidents de la peau.

Le dermographisme blanc, observé dans le pityriasis rubra, la dermatite exfoliative, l'érythème, eczéma et psoriasis généralisés, peut indiquer la liaison intime entre ces maladies, dont la cause immédiate présente les altérations des nerfs et des centres vasomoteurs.

En finissant, il faut dire que, d'après mon opinion, l'étude ultérieure la plus détaillée de la réaction vasculaire anormale de la peau est très importante, parce qu'elle peut nous approcher à meilleure compréhension de la nature et de la thérapeutique des maladies cutanées. Mais on peut dire plus : le dermographisme de la peau a une grande importance dans la médecine générale. Prenons, par exemple, les méthodes thérapeutiques, qui ont le but de faire venir l'hyperémie de la peau dans les différentes maladies internes et chirurgicales : l'hyperémie par la ventouse d'après Bier, par l'air chaud, par la vapeur chaude, etc. D'après mes ob-

servations, chez les malades qui présentent le dermographisme rouge, la ventouse de Bier produit pendant deux minutes la rougeur très forte, avec les hémorragies ponctuées, qui persistent une heure et plus. Au contraire, chez les malades qui présentent le dermographisme blanc, la même ventouse pendant deux minutes produit la rougeur plus faible, qui disparaît après quelques minutes sans nulles traces. Il est évident que chez ces deux malades les effets thérapeutiques seront différents. En donnant l'attention à la réaction vasculaire de la peau, on peut égaler les conditions. Par exemple, chez le second malade il faut produire l'hyperémie plus forte et plus prolongée que chez le premier.

ALOPÉCIE ET CHUTE DES ONGLES PÉRIODIQUES

Par le Professeur TROISFONTAINES (de Liège).

C'est uniquement, à titre de fait très exceptionnel, je pense, que l'observation ci-jointe mérite d'être relatée. Sa publication n'offre, en effet aucun intérêt spécial, ni au point de vue pathogénique, ni au point de vue thérapeutique.

Madame X., fermière, âgée de 37 ans, mariée, sans enfants, n'a pas eu de fausse couche et n'a présenté jusqu'en 1904, aucun antécédent pathologique intéressant.

La mère est vivante, son père est mort, à 68 ans, d'hémorrhagie cérébrale ; elle n'a qu'une sœur, bien portante. Ces trois personnes sont indemnes de toute tare psychique.

Il n'en est pas de même du reste de la famille, dont plusieurs membres (tantes, neveux), ont présenté des troubles mentaux accentués.

En mars 1904, après une période de diarrhée assez prolongée, Madame X., a été atteinte de délire généralisé, à début brusque, avec agitation et loquacité considérable. Les accidents se sont produits si instantanément que le sujet, qui se trouvait accidentellement chez sa mère, n'a pu être reconduit à son propre domicile pendant les quelques semaines qu'a duré la crise. A aucun moment il n'y a eu d'hyperthermie ni nul signe d'infection générale.

Grâce aux conseils du Dr Thorest, médecin aliéniste, Madame

X., a pu rester confiée aux soins des membres de sa famille, soumise au régime lacté mitigé, succédant à un régime exceptionnellement copieux (jusque 18 œufs par jour, notamment).

La guérison s'est effectuée en six semaines, sans que ni pendant la période délirante ni dans les mois qui la suivirent, il se produisit du côté des phanères aucun trouble apparent.

Par contre au mois de février des années 1905, 1906 et 1907, les cheveux, devenus ternes, se sont mis à tomber avec une telle intensité que, dans l'espace de quatre semaines environ, le crâne a été complètement dépilé.

A la même époque, les ongles des pieds comme des mains se sont desséchés, ont pris une teinte jaunâtre et au bout de 3 ou 4 mois, ont fait place à de nouveaux ongles d'apparence tout à fait normale.

La chevelure s'est assez rapidement reconstituée et à la fin de chacune des années précitées, elle atteignait une longueur de près de 20 centimètres. Ces phénomènes se sont donc reproduits avec des caractères identiques, à trois reprises, et chaque fois l'état général s'est légèrement altéré, les facultés intellectuelles ont un peu baissé.

En mars de cette année, par conséquent un mois plus tard que pendant les trois précédentes, il s'est de nouveau manifesté une alopécie fort intense mais non totale, des altérations unguéales affectant certains ongles des mains seulement et n'amenant pas leur chute.

Madame X. se présente le 12 avril à la Clinique dermatologique.

C'est une personne de taille assez élevée, de bonne constitution, n'ayant aucune lésion organique appréciable.

L'examen du sang a révélé l'existence de 5.862.000 globules de 66 °/o d'hémoglobine, de 0.8 seulement d'éosinophiles.

L'analyse des urines a uniquement fait reconnaître l'existence d'une faible albuminurie qui persiste après deux mois.

Il survit encore une certaine quantité de cheveux ternes, plus rares aux régions temporales que sur le reste du crâne, s'arrachant par cinquantaine, avec la plus grande facilité, dès qu'on exerce sur eux la plus minime traction, dès qu'on les effleure pourrait-on dire.

Ces cheveux ont un bulbe plein, sec, piriforme, mais court ; ils

ont donc très rapidement perdu leur vitalité. Comme les années antérieures le reste du système pileux est resté indemne de toute altération appréciable. Les ongles, tant aux mains qu'aux pieds, ont conservé leur forme et leur dimension normales. Certains d'entre eux présentent seuls des striations longitudinales, des rayures grisâtres entrecoupées de 2 ou 3 dépressions transversales très peu accusées, sauf à la partie antérieure de la zone malade, on observe un sillon transversal très net, plus accentué que ceux qui coupent les stries longitudinales. Cette dépression est identique à celles qui se produisent au cours de certaines pyrexies ou d'affections altérant fortement l'état général.

Ces lésions unguéales portent sur la partie supérieure des ongles dans un peu plus de la moitié de leur longueur et n'atteignent pas transversalement les bords de l'organe.

Elles se trouvent à la main gauche sur l'index et le médius, à la droite sur les trois doigts médians.

Qu'on veuille bien remarquer qu'à aucun moment avant l'apparition de ces dystrophies, il ne s'est produit, comme en 1904, ni maladie générale, ni troubles psychiques bien nets.

Les ongles des pieds sont, cette fois, restés absolument normaux.

Quel a donc bien pu être l'infection qui chaque fois, pendant quatre années consécutives, a déterminé ces altérations des phanères et qui en 1904 a sans doute été la cause du délire généralisé ?

Le traitement a consisté, dans l'emploi à doses moyennes d'arrhénal et l'acide phosphorique. A cette heure, deux mois après le début de la médication, les cheveux ont repris du brillant, ne tombent presque plus, ils ont 15 à 16 centim. de longueur.

Les ongles paraissent également avoir retrouvé une bonne part de leur vitalité normale, si l'on en juge par leur coloration et leur plus grande solidité.



OBSERVATIONS INTÉRESSANTES DE LA CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES DE L'ÉCOLE IMPÉRIALE CIVILE DE MÉDECINE.

Par le Prof. Dr Grcsman.

Un cas de mycétome des deux pieds. — Un Soudanais a été envoyé à la clinique de la Faculté pour des lésions tuberculeuses des pieds, datant de plusieurs années et lui occasionnant de fortes douleurs. Ayant contracté aussi il y a quelques jours la gale, il vient pour subir d'abord le traitement de cette dernière affection.

En examinant ses pieds, nous trouvons surtout le gauche déformé et hypertrophié, constitué par une petite masse difforme criblée de fistules. La voûte plantaire n'existe presque pas et les orteils ne peuvent reposer à terre. Par places, on voyait des tubercules recouverts de bourgeons charnus. Sur l'autre pied, on voyait seulement des petites saillies vésiculeuses sécrétant une sérosité fétide. Si on exprimait une de ces tubérosités du pied gauche, on faisait sourdre un liquide sanieux, contenant des corps granuleux blancs, comme des grains de semoule. Le malade nous racontait que l'affection du pied gauche est survenue il y a 6 ans, à la suite d'une écorchure, en tressant des nattes, et que celle du pied droit ne datait que de 1 1/2 année.

Au microscope, les grains étaient constitués par des amas de filaments enchevêtrés, ayant une disposition radiée, comme dans l'actinomycose. Nous avions donc affaire à une maladie parasitaire, au mycétome des deux pieds. Le malade prétendait que dans son pays cette maladie est fréquente et qu'on la traitait par des compresses très chaudes avec une décoction de certaines plantes, et qu'on obtenait au bout de quelques semaines une guérison radicale ? Il aurait été intéressant de prendre la photographie de ces 2 pieds, mais le malade, craignant une opération, avait disparu.

Syphilis acquise conjugale chez un couple d'hérédo-syphilitiques. — A., 25 ans, vient à la policlinique de la Faculté pour une éruption de la peau. C'était une roséole spécifique. Elle a eu un

chancre a une des grandes lèvres. Cette jeune femme était accompagnée de sa mère, qui nous consulte à son tour pour une lésion osseuse du frontal. Nous trouvons chez cette dernière, plusieurs cicatrices ainsi qu'une exostose du tibia gauche. Elle ignore avoir eu la syphilis. Elle a eu plusienrs avortements et c'est la seule enfant qui a survécu. Son mari est mort, dit-elle, d'une chute de cheval il y a 10 ans. La jeune femme était donc issue des parents syphilitiques. De son mariage qui remonte à 5 ans, sont issus 2 enfants : un garçon de 4 ans et une fillette de 3 ans, les deux en parfaite santé, sans aucune tare.

Comme stigmates de l'hérédo-syphilis, la jeune femme avait, outre les dents d'Hutchinson, des taies de la cornée des deux yeux et un pied-bot opéré.

L'ayant priée de nous envoyer son mari, nous avons pu voir que c'était un homme d'une trentaine d'années, qui avait contracté la syphilis il y a 4 mois et présentait actuellement des syphilides ulcéreuses aux bourses et des plaques muqueuses anales.

Sur le dos de la verge, on voyait encore la cicatrice récente de sa sclérose initiale. Ayant remarqué qu'il avait une ensellure très marquée du nez à sa base et une onychose exfoliante, nous l'avons questionné sur ses antécédents.

Il nous a raconté que son père est mort fou (paralysie générale ?) que sa mère, qui vit encore, a perdu plusieurs enfants en bas âge. Son unique sœur, se rappelle-t-il, est morte à 4-5 ans ayant eu une grosse tête (hydrocéphalie) et ne pouvant pas marcher. Lui-même n'a pu marcher jusqu'à l'âge de 3 ans. Nous étions donc en présence de deux hérédo-syphilitiques de 1re génération, qui ont contracté malgré cela la syphilis.

Hydroa vacciniforme de Bazin familial. — Z... nous amène à la polyclinique ses deux enfants, ayant une éruption sur le visage et les mains et qui a apparu chez l'aîné, âgé de 5 ans, au printemps de l'année dernière et chez la fillette, cet hiver. Nous trouvons sur la face du garçon des lésions ressemblant à l'impétigo contagiosa, d'autres éléments isolés bien ombiliqués caractéristiques d'hydroa vacciniforme, ainsi que des cicatrices comme celles de la variole. La sœur, âgée de 3 ans, avait sur le nez et les oreilles, le dos de la main, des taches arrondies plus ou moins saillantes. Sur les joues on aurait dit des vésicules d'herpès.



Par places on observait des vésicules arrondies présentant une ombilication évidente et quelques-unes étaient couvertes de croûtes. La mère nous a assuré que son troisième enfant, mort l'année dernière de diphtérie, avait eu la même éruption.

Un cas intéressant de vitiligo, psoriasis et syphilis. — A.., 30 ans. Rien dans les antécédents de famille. Aucun stigmate d'hérédo-syphilis, a eu 3 enfants, bien portants.

Il y a 5 ans a apparu son psoriasis, et il a eu plusieurs poussées accompagnées de prurit. Il y a trois ans environ, à la suite d'un ébranlement nerveux, la malade voit apparaître sur la figure des taches blanches s'exacerbant avec chaque poussée psoriasique et généralement à chaque période menstruelle.

L'année dernière, en automne, son mari lui communique la syphilis. Elle a eu un chancre extra-génital (sein) et la roséole. Avortement trois mois après. Elle n'a subi aucun traitement. La première fois que nous voyons cette malade, en mai 1908, à la clinique, elle présentait des plaques de psoriasis aux coudes et genoux. Sur la face il y avait des papules squameuses et il nous a été difficile de savoir si c'était des syphilides ou des lésions de psoriasis guttata. Sur la face, joues, oreilles, front, sur les extrémités et la poitrine il y avait des taches achromiques vitiligineuses.

La malade nous assurait qu'avant d'avoir contracté la syphilis, elle n'avait eu que quelques taches blanches sur les joues et sur le front et ce n'est que depuis quelques mois que l'éruption de ces taches s'est généralisée.

Nous soumettons cette femme à un traitement mercuriel sous forme de pilules et sans aucun traitement local. Elle nous revient à la consultation de la policlinique 3 semaines après, et nous avons pu voir que les lésions psoriasiques de la face avaient complètement disparu, que les plaques psoriasiques n'avaient subi aucun changement. Par contre, le vitiligo semblait avoir pâli. Nous faisons interrompre le traitement et la malade revient après 3 semaines, ayant les taches achromiques plus visibles. Nous reprenons un mois plus tard le traitement, et nous voyons derechef que les taches blanches pâlirent singulièrement.

Un cas de vagabond-disease, avec pigmentation intense de la muqueuse buccale et celle du rectum. — M.., âgé de 60 ans, chiffonnier, est

venu à la clinique de la Faculté pour de violentes démangeaisons occasionnées par de la phtiriase. Le malade présentait, outre une mélanodermie phtiriasique prononcée, de nombreuses taches pigmentaires foncées sur la muqueuse du voile du palais voûte, palatine et partie interne des joues. Les gencives étaient également pigmentées. Comme ce malade souffrait aussi d'un prolapsus rectal, nous avons pu voir que la muqueuse du rectum était fortement pigmentée.

La mélanodermie cutanée était plus accentuée sur le dos du thorax et au niveau de la ceinture. La peau dans ces régions était très épaissie et indurée. Le malade présentait très peu de dépression physique et pas une asthénie évidente. Sous l'influence du traitement général et local pour sa phtiriase, la pigmentation de la peau, ainsi que celle de la muqueuse buccale et rectale avaient beaucoup diminué et l'état général s'était amélioré sensiblement. Nous devons ajouter le mauvais état de la dentition chez ce malade.

Un cas de lupus vulgaire et chéloïdes spontanées. — F.., âgée de 20 ans, présente depuis une dizaine d'années sur la partie droite de la face un lupus vulgaire s'étendant jusqu'au cou et un peu à la nuque.

Cette malade n'a jamais voulu se soumettre à un traitement et se soignait dans les derniers temps avec de l'huile de foie de morue intus et extra sans avoir subi une manœuvre chirurgicale quelconque ; elle a vu se développer il y a 3 ans, des petites duretés du côté de l'oreille malade et au pourtour du lupus qui ont augmenté de volume depuis quelques mois et pour lesquelles elle vient nous consulter à la policlinique de la Faculté.

Nous trouvons chez cette malade un placard de lupus ulcéré bien limité, et à la région parotidienne, en plein tissu lupique, deux véritables petites chéloïdes et deux autres plus grandes à la limite de l'étendue du lupus du côté de la nuque. Cette observation peut parler en faveur de l'origine bacillaire de certaines chéloïdes spontanées.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société des sciences médicales de Lyon (1).

Chancre syphilitique des lèvres transformé in situ en un syphilome diffus tertiaire ; destruction ulcéreuse d'une partie des lèvres ; sclérose labiale consécutive ; sténose cicatricielle progressive.

Par le Dr René Horand,
Chef de Travaux à la Faculté de Médecine de Lyon.

Nous avons l'honneur de vous présenter un jeune malade, âgé de 22 ans, venant de la campagne, où il exerce la profession de journalier.

Né à terme, d'une mère bien portante, ayant eu six enfants, dont trois morts en bas âge. Ce malade a un frère et une sœur en bonne santé. Son père a des ulcérations des jambes récidivantes, sur la nature desquelles nous n'avons pas de renseignements précis.

Dans son enfance, il n'a pas eu d'affection grave, à part quelques traumatismes insignifiants, des névralgies dentaires et des adénites cervicales, qui d'ailleurs n'ont jamais suppuré.

Éthylique avoué, grand fumeur et chiqueur, il est actuellement porteur d'un syphilome diffus tertiaire des lèvres, ou infiltration gommeuse diffuse de toutes les parties constituantes des lèvres, lésions syphilitiques très graves, phagédéniques, rebelles, et récidivant avec une désespérante facilité.

Cette ulcération *débuta en mars* 1906, par une crevasse de la commissure droite. Au dire du malade, qui était jadis tisseur, il se serait blessé en faisant la trame avec les lèvres et en se servant d'une soie préparée par un camarade. Quoi qu'il en soit, nous vîmes ce malade pour la première fois en *août* 1906.

Il présentait à cette époque deux ulcérations, l'une à droite, l'autre à gauche, au niveau des commissures labiales. A droite, elles intéressaient les deux lèvres, à gauche surtout la lèvre supérieure. Les bords de ces ulcères étaient proéminents, évasés, rouges, d'aspect musculaire calleux. Ils n'étaient ni décollés, ni étagés, ni taillés à pic. Leur base était indurée, cartonnée, des dimensions d'une pièce d'un franc. Le centre en était jaunâtre, lisse. Lorsqu'on soulevait la lèvre supérieure, on voyait que ces ulcérations intéressaient

(1) 8 avril 1908 ; publié *in Lyon médical*, 17 mai 1908.

la face interne des joues, sur une étendue de 2 centimètres, tant à droite qu'à gauche.

On pouvait mobiliser ces ulcères sur le maxillaire sous-jacent, en les détachant des parties voisines.

Il n'y avait pas d'adhérences profondes. Le malade perdait sa salive en abondance. Le cul-de-sac gingivo-labial était intéressé, et le périoste alvéolo-dentaire était à nu.

En somme, il s'agissait d'un chancre syphilitique d'aspect épithéliomateux tel que Fournier en a donné une observation dans la thèse d'Ozenne. Ce syphilome ulcéré offrait ceci de particulier que la sanie qui s'écoulait de la plaie contenait de nombreux tréponèmes et des spores, sans association fuso-spirillaire.

Il y avait en plus de volumineux ganglions, très durs et indolores dans les régions sous-maxillaires.

Sur le corps, aucune cicatrice d'accident primitif, aucune éruption ; mais on notait des plaques muqueuses du gland, du prépuce du scrotum et de la langue.

Devant ces symptômes, nous portons le diagnostic ferme de syphilome labial primitif malin et nous avertissons le malade de la gravité de son cas, nous lui recommandons de ne plus fumer, d'éviter les alcools, l'absinthe, de faire de l'hygiène de la bouche. Il prend tout d'abord des pilules de sublimé, puis nous lui ordonnons des frictions mercurielles et de l'iodure de potassium. Nous lui adjoignons des gargarismes, une brosse à dents et une pommade au calomel pour mettre sur ses ulcérations.

Revu le 25 *sep embre* 1906, nous trouvons qu'il a été sensiblement amélioré; mais ses ulcérations ne sont pas encore cicatrisées. La cicatrisation s'est faite complètement à droite, tandis qu'à gauche l'envahissement a été progressif. Vers l'aile du nez, du côté de la sous-cloison, on constate un boursouflement assez considérable de la lèvre, qui est très infiltrée. Nous lui changeons son traitement ; comme il ne peut pas prendre de pilules, nous lui ordonnons du sirop de Gibert (30 gr. par jour) et 15 frictions mercurielles. Sous l'influence de cette médication, le mal rétrocède, et la cicatrisation semblant suffisante à notre malade, il supprime le traitement et ne revient malheureusement plus nous voir *jusqu'en janvier* 1907.

A cette date il n'est pas guéri, nous lui redonnons du sirop de Gibert (60 gr. par jour) pendant quinze jours, ce qu'il fait ; mais. se croyant guéri, il cesse de nouveau toute médication. Nous le revoyons onze mois plus tard, *le* 17 *décembre* 1907, avec une récidive.

A cette époque, nous lui formulons un traitement général, et nous lui faisons une série de 8 piqûres de 0,08 cent. de mercure métallique, sous forme d'huile grise, une toutes les semaines. Nous

lui cautérisons ses ulcérations avec du nitrate acide de mercure et nous prescrivons une pommade au calomel. La cicatrisation est enfin obtenue. Malgré notre recommandation formelle il disparaît de nouveau.

Le 31 mars 1908, nous le retrouvons. Maintenant il a un syphilome diffus des lèvres greffé sur la cicatrice de son accident primitif. C'est une ulcération récidivante et menaçante de la commissure labiale gauche. Le segment externe de l'ulcération est surélevé, cutané, semblable aux bords d'un épithélioma, sauf que ces bords ne sont pas éversés au dehors. La peau est rouge sombre ; l'infiltration s'étend à 2 centimètres dans l'épaisseur de la joue. Le segment interne est rouge, d'aspect musculaire, à fond jaunâtre. Il n'y a pas de sanie fétide; la sérosité qui suinte de l'ulcère contient des spores et pas de tréponèmes.

A droite, la commissure est cicatricielle, il y a une symphyse de 2 centimètres de longueur ; de là part une crevasse qui va à la fossette du menton. Entre cette crevasse et la plaie de la commissure gauche est un lambeau de muqueuse de 1 centimètre qui a persisté rouge et souple, sous forme de bourgeon. La salive coule par la crevasse droite. Le malade s'étant décidé à séjourner à Lyon pour suivre un traitement énergique et prolongé, nous lui faisons des injections solubles de mercure sous forme de benzhermyl, c'est-à-dire de benzoate de mercure à haute dose absolument indolore. Une injection de 0,04 cent. tous les deux jours. Sous l'influence de ce nouveau sel, très énergique, et qui ne l'empêche pas de travailler (comme le biiodure), nous ne désespérons pas de le voir guérir rapidement et définitivement. En effet, le *benzhermyl* (1), en injections sous-cutanées, associé aux cautérisations avec le nitrate acide de mercure, semble avoir raison de cet accident rebelle, parce que ce sel soluble-indolore est celui qui donne le plus rapidement le maximum de succès dans des cas analogues.

Quoi qu'il en soit, il est à remarquer que notre malade a déjà une atrésie, un rétrécissement de l'orifice buccal, considérable de 1 centimètre sur 3. Il ne peut y introduire l'auriculaire. Il éprouve une gêne considérable pour faire pénétrer dans la bouche des aliments solides, ainsi que pour se tenir propres les dents (ce qui est une entrave au traitement). Il a des difficultés, même pour parler. Il est incapable de prononcer les labiales, de siffler, etc. Il ne peut tirer la langue au dehors ou la passer entre les lèvres et les arcades dentaires.

Cette atrésie ira s'accentuant malgré l'assouplissement des tissus

(1) Le benzhermyl est du benzoate de mercure indolore, préparé en ampoules stérilisées par A. Aguettant.

obtenu par le traitement prolongé, et nécessitera évidemment d'ici peu (1) une autoplastie à laquelle il paraît d'ailleurs tout décidé.

En résumé, il s'agit d'un chancre primitif, transformé en un syphilome labial tertiaire à infiltration gommeuse diffuse, de toutes les parties constituantes des lèvres, ayant débuté d'une façon rapide, modifié par le traitement, puis ayant évolué lentement, péniblement, sans déterminer de douleur ; la gêne fonctionnelle étant elle-même médiocre.

La déformation hideuse et croissante resta tout d'abord la principale préoccupation de notre malade et de son entourage. Les lèvres, après avoir doublé de volume, se sont éversées en dehors, mettant à nu une ulcération rouge foncé, avec, au centre, une pellicule grisâtre sur fond jaune. Ces lèvres sont devenues le siège d'une sclérose progressive et d'une cicatrice fibreuse.

Ce syphilome primitif, après avoir été terme, dur, non œdémateux, donnait une sensation de résistance élastique, s'est ramolli peu à peu sous l'influence du traitement, fondant, puis renaissant sous forme d'ulcération tertiaire, pour disparaître en fin de compte.

La surface de la lèvre, qui tout d'abord était lisse, s'est crevassée, s'est fendillée, et ces ulcérations linéaires sont devenues le siège de douleurs à la pression. L'étendue de ce syphilome diffus, tertiaire, sa durée, sa facilité à récidiver, les péripéties de son évolution nous l'ont montré plus dangereux que la gomme labiale.

Pris tout au début et soigné comme on aurait voulu, ce syphilome initial aurait guéri. Malheureusement le malade, habitant loin, ne voulut pas être hospitalisé. Quand nous le vîmes, il était bien tard pour espérer une guérison rapide.

Cette ulcération phagédénique s'est améliorée pourtant, mais lentement, sous l'influence du traitement spécifique, mal fait par le malade et insuffisamment prolongé. S'il n'avait pas interrompu son traitement, s'il l'avait suivi d'une façon assidue et persévérante, il n'aurait pas eu de récidives. Il a fallu lui injecter une haute dose de benzhermyl pour le guérir. Il s'agit bien actuellement d'un syphilome labial tertiaire, d'apparence épithéliomateuse, bien que nous n'ayons pas constaté chez notre malade de glossopathie de même nature, comme c'est la règle (Mauriac). Cet accident tertiaire ayant succédé à un chancre, simula un cancer dans la suite.

Cette ulcération récalcitrante est un fait bien connu d'ailleurs et parfaitement d'accord avec ce que nous savons des syphilomes ter-

(1) Le malade est renvoyé chez lui complètement cicatrisé par le benzhermyl ; mais avant de lui faire une autoplastie nous laissons le mal s'éteindre complètement trois mois sous l'influence de l'iodure de potassium.

tiaires en général. Le syphilome diffus résiste beaucoup aux spécifiques et ne se résout presque jamais complètement (Mauriac). Il accomplit imperturbablement son œuvre de destruction. Il n'a aucune tendance à se résoudre spontanément. En effet, l'infiltration des syphilomes « conduit à son processus de sclérose contre lequel nous sommes désarmés, quand il est constitué » (Morestin). Aussi son pronostic est-il plus grave que celui des gommes, malgré ses apparences souvent bénignes. Il dissèque un à un les tissus, les nécrobiose ensuite et les métamorphoses en tissu fibreux.

Ces labialites tertiaires ne sont pas fréquentes, généralement on les observe d'une façon tardive et surtout dans les syphilis ignorées non traitées. Elles sont rebelles et aggravées par l'usage du tabac et l'alcool. Le fait que les deux lèvres ont été envahies simultanément par ce syphilome diffus augmente la rareté de ce cas ; presque toujours ces lésions sont limitées à l'une des lèvres, et c'est la lèvre inférieure qui est généralement la plus atteinte, contrairement à ce que l'on observe lorsqu'il s'agit de gommes qui atteignent de préférence la lèvre supérieure.

Société nationale de médecine de Lyon (1)

Lésions tertiaires survenues cinquante-quatre ans après le chancre.

Par M. L.-M. Bonnet, médecin de l'Antiquaille.

J'ai l'honneur de vous présenter un cas de lésions tertiaires développées à une date remarquablement éloignée du début de l'infection.

Voici le résumé de l'observation recueillie par M. Gerest, externe du service :

Léon M..., âgé de 79 ans, exerce la profession d'imprimeur sur étoffes. Il entre dans mon service le 9 juillet pour ulcérations de l'avant-bras droit.

Père et mère morts à 83 ans, et à 75 ans, après avoir joui d'une très bonne santé. Deux frères morts à 77 et 75 ans.

Personnellement, très bonne santé habituelle. Pas d'alcoolisme. Marié à 59 ans, il n'a pas eu d'enfants ; sa femme se porte bien.

A l'âge de 24 ans, il entra dans le service de Ricord pour un chancre uréthral syphilitique ; il y resta pendant un mois pendant lequel il fut traité par des pilules mercurielles.

Depuis il n'a jamais fait de traitement. D'ailleurs, la syphilis fut

(1) 22 Juillet 1907.

très bénigne, et depuis l'année 1853, il n'eut jamais aucun accident.

La lésion actuelle a débuté, il a deux mois, par une bosselure assez dure recouverte par une peau rouge et luisante, indolore, siégeant sur la face antérieure de l'avant-bras droit, à l'union de son tiers moyen et de son tiers inférieur. Quinze jours après, une seconde tumeur semblable se développe sur le bord interne du même avant-bras, à la même hauteur à peu près. Peu à peu ces tumeurs se ramollirent, leur centre s'ulcéra et donna issue à peu de matière blanchâtre ; tout cela évolua sans provoquer de douleurs.

Actuellement, aux deux points indiqués, il existe une ulcération de la largeur d'une pièce de un franc, très irrégulièrement arrondie ; bords nettement découpés, taillés à pic, fond présentant un magma blanchâtre. Chacune de ces ulcérations est entourée d'une zone violacée au niveau de laquelle il y a de l'infiltration du derme et de l'hypoderme.

Le malade a un excellent état général ; il a gardé une vivacité d'esprit remarquable pour son âge. Rien d'anormal au cœur ni aux poumons. Bonne digestion. Ni sucre ni albumine.

Le traitement a consisté uniquement en iodure de potassium (3 gr. par jour) ; il y a douze jours qu'il suit ce traitement, et on constate une amélioration considérable des deux ulcérations qui sont réellement transformées.

Les lésions tertiaires sont plus fréquentes : 1° quand la syphilis a été insuffisamment traitée à son début ; 2° quand elle a été bénigne à sa période secondaire. A ces deux points de vue (qui dépendent peut-être l'un de l'autre) cette observation est conforme à la règle.

Mais ce qu'il y a ici de remarquable, c'est *l'ancienneté de l'infection* qui remonte à 54 ans.

Les cas de lésion tertiaire survenant aussi longtemps après le chancre sont *tout à fait exceptionnels.*

Cela ressort d'ailleurs avec la plus grande évidence de la statistique de M. Fournier, portant sur 4.400 cas de lésions tertiaires ; dans 3 seulement la syphilis remontait à plus de cinquante ans, et dans le plus ancien de tous, c'était dans la cinquante-cinquième année de la maladie qu'avaient été observés les accidents tertiaires.

C'est à cause de la grande rareté du fait que je vous ai présenté ce malade.

Je ferai remarquer en outre qu'il est intéressant de voir comment cet homme a supporté sa syphilis malgré l'absence presque com-

plète de traitement : il a 79 ans et jouit d'une santé excellente, et cependant voici 54 ans qu'il est atteint d'une syphilis qui n'est pas éteinte du tout (puisqu'elle est capable de produire des lésions gommeuses). Il faut ajouter d'ailleurs que cette dernière poussée aurait pu aussi bien se faire dans quelque viscère (cerveau, aorte, etc.) et faire expier au malade (tardivement il est vrai) son ancienne négligence.

SOCIÉTÉ BELGE D'OPHTHALMOLOGIE (1).

Affections oculaires du xeroderma pigmentosum

M. PERGENS (Maeseyck).

Le xeroderma pigmentosum fut décrit, en 1870, par Kaposi. L'affection occupe seulement les parties découvertes de l'homme (tête et cou, mains et avant-bras, éventuellement les pieds), tandis que les autres parties restent indemnes. Les parties atteintes offrent trois altérations très visibles ; 1° la peau est devenue rugueuse, comme chez les vieillards, sèche d'où le nom de xeroderma ; 2° elle est le siège d'une forte pigmentation brune et noire (xeroderma pigmentosum) ; 3° le derme est le siège d'une hypervascularisation. De plus les personnes atteintes ont une tendance marquée à présenter des néoplasmes carcinomateux.

J'ai pu observer quatre cas de cette affection dans une même famille ; chez trois individus les yeux étaient le siège de modifications. Il y a lieu de comparer les publications de Greeff, Sattler et Cupérus.

Le premier sujet, Joseph B...., âgé de 19 ans, vint consulter pour une tumeur siégeant à l'œil gauche ; elle occupait le tiers moyen de la paupière inférieure et paraît plus grande, vue recouverte par la peau ; elle s'étendait sur la cornée et offrait une teinte rosée. Je proposai l'énucléation avec enlèvement de la paupière inférieure, ce qui fut accepté. L'œil droit avait V 6/6 ; la conjonctive n'offrait pas de taches pigmentaires ; on y remarquait à l'endroit de la fente palpébrale, de chaque côté, une hypervascularisation très prononcée. La lèvre inférieure présentait un endroit pigmenté ulcéré, suspect, qui fut enlevé en même temps. Lors de l'enlèvement de la paupière, etc., je fis une plastique d'une partie de la peau de la joue. Trois mois plus tard, l'opéré, désireux de porter un œil artificiel, subit à cet effet l'opération suivante : je libérai la peau qui remplaçait la paupière inférieure à son rebord supérieur de la conjonctive ; je divisai horizon-

(1) 26 avril 1908. *Jour. méd. de Bruxelles*, n° 28, 1908.

talement la fente palpébrale externe; un long et assez large lambeau fut pris à la tempe, renversé de telle sorte que son extrémité distale occupât le canthus interne ; son bord supérieur fut suturé à la conjonctive, son bord inférieur à la peau qui fait office de paupière inférieure; on obtint ainsi une plastique en forme de la crête d'un toit. La plaie longitudinale à la tempe fut fermée par la suture, ainsi que la plaie du canthus externe par dessus le lambeau renversé; grâce à l'hypervascularisation de tous ces tissus, la réunion se fit rapidement; aujourd'hui, il y a un peu plus de quatre mois depuis notre première intervention, tout va encore bien et le malade porte un œil de Nuck.

Le second sujet est Julie B..... sœur du précédent; cette petite fille est âgée de 9 ans et présente les symptômes caractéristiques de l'affection. Les conjonctives ne sont pas pigmentées, mais on y remarque la même hypervascularisation qu'à l'œil droit de J. B..

Le troisième sujet est Edouard B..., frère des précédents, 7 ans; les conjonctives sont le siège d'une hypervascularisation aux fentes palpébrales; elle est moins marquée et offre surtout deux centres de l'épaisseur d'une tête d'épingle.

Le quatrième sujet est Jean B...., frère des précédents. Celui-ci a la peau très blanche; le nez est le siège de nombreuses taches de rousseur d un blond foncé; le côté droit de l'aile du nez offre une plaque ovale de xeroderma (3 cm sur 2), mais non pigmenté. Le reste du corps, les yeux sont normaux. Il est âgé de 13 ans.

D'après les dires des parents, ceux-ci seraient des parents très éloignés, car ils ont eu à payer une dispense au curé lors de leur mariage. Ni les parents, ni d'autres membres de la famille ne souffrent de l'affection. Il y a eu huit enfants, tous en vie ; pas d'avortement. Chez Joseph B.... il n'y avait rien de visible à la naissance; c'est vers 3 ans qu'on s'est aperçu des taches de rousseur; c'est-à-dire que l'affection était très visible déjà, car ces mêmes personnes n'avaient pas vu les taches chez Jean. La tumeur était un carcinome.

Un cas de lupus de la face avec lésions tuberculeuses de la conjonctive (1).

M. H. Coppez (Bruxelles).

Ce cas ne présente d'intérêt que par la durée de l'évolution. Le début de l'affection remonte à plus de vingt ans et il y a quinze ans que j'ai la malade en traitement.

(1) 26 avril 1908.

Il s'agit d'une femme âgée de 45 ans, bien portante, sans aucun symptôme de tuberculose viscérale, qui fut atteinte, il y a une vingtaine d'années, de *lupus du nez*. Malgré toutes les médications instituées, les ailes du nez furent entièrement rongées. Le lupus se propagea aux joues sous forme de petits îlots dont quelques-uns ne sont pas encore cicatrisés à l'heure actuelle.

L'*œil droit* s'entreprit il y a quinze ans sans qu'il y eût continuité entre les lésions de la peau et celles de la conjonctive. Je vis apparaître, à cette époque, une ulcération tuberculeuse, d'un centimètre de diamètre, à la partie externe de la conjonctive palpébrale supérieure.

Des cautérisations répétées enrayèrent le mal, mais on voit encore nettement à ce niveau une dépression cicatricielle avec une mince bride adhérente au globe. Dans ces temps derniers, après une longue période de rémission, une ulcération s'est formée sur la caroncule lacrymale. Des bourgeons charnus ont pris naissance sur cette perte de substance; ils ont poussé petit à petit, certains sont devenus kystiques et ils font saillie entre les paupières. Au premier aspect, ils donnent l'impression d'une croûte desséchée.

L'*œil gauche* n'est affecté que depuis trois ans. La malade n'ayant pas reçu les soins nécessaires au début, les lésions ont pris de ce côté un caractère beaucoup plus sérieux qu'à l'œil droit. Vous pouvez constater que si la conjonctive palpébrale inférieure et la caroncule sont encore saines, la conjonctive tarsale supérieure présente des granulations nombreuses, de caractère tuberculeux, avec foyer de dégénérescence caséeuse. Le cul-de-sac supérieur a presque entièrement disparu. Toute la conjonctive bulbaire, surtout dans sa partie interne, est chargée des mêmes productions, de teinte rouge foncée, formant de véritables chapelets de granulations. Mais le symptôme le plus grave se trouve du côté de la cornée. Il y a eu perforation centrale et destruction étendue de la cornée, sans lésions réellement tuberculeuses de cette membrane.

Actuellement, la perte de substance cornéenne s'est réparée, mais la cornée est aplatie et elle est entièrement opaque.

Notons encore qu'il n'y a jamais eu d'adénite et qu'il existe depuis longtemps des lésions lupiques des gencives.

Cette femme ne s'est jamais soumise à un traitement spécifique quelconque. On n'a jamais eu recours à des injections de tuberculine. Le Dr Bayet a tenté quelques injections intra-musculaires de calomel, mais il a dû abandonner la cure à cause d'une réaction violente du côté des gencives déjà malade.

Quant à l'œil même, je me suis borné, dans ces derniers mois, à

des lotions au cyanure d'hydrargyre, craignant d'aggraver encore le mal, si je recourais à des procédés plus radicaux, tels que l'excision, le raclage ou la cautérisation.

SOCIÉTÉ BELGE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE.

Cas de diagnostic (1).

M. DIETZ présente un malade qui fut atteint de syphilis il y a dix ans. Actuellement il n'existe plus aucun symptôme apparent de cette affection, mais depuis dix mois il est survenu à la main droite, sur la face dorsale, entre le pouce et l'index, de petites papules, qui, peu à peu se transforment en placards irréguliers, légèrement pytiriasiques, cuivrés, de quelques millimètres. La peau n'est pas infiltrée et l'aspect rappelle un peu certaines formes pigmentaires de névrodermite. Il n'existe pas de prurit. Le traitement antisyphilitique n'a donné aucun résultat.

M. LESPINNE ne croit pas qu'il s'agisse là de lésions syphilitiques. Lorsqu'on examine à la loupe les petits placards on s'aperçoit nettement qu'ils sont constitués par l'agglomération de petits éléments papuleux au centre desquels se voit la trace d'une petite hémorragie capillaire.

Radiodermite.

M. DIETZ présente un homme d'une trentaine d'années s'occupant de rayons X. Depuis quelque temps il porte au bord interne du poignet droit un placard rouge, avec un peu de pyodermite, grand comme une pièce de cinq francs. La pyodermite n'est survenue qu'à la suite de l'application d'un emplâtre. Le placard lui-même est lisse excepté sur les bords où se montrent des traces d'une desquamation assez intense ; la plupart des poils y sont tombés et les douleurs locales sont très vives. Ce dernier symptôme, la localisation et l'aspect des lésions font croire qu'il s'agit d'une radiodermite.

M. POIRIER ne croit pas qu'il s'agisse là d'une radiodermite et se base, pour établir son opinion, sur la persistance de quelques poils sur la lésion elle-même. Il est à remarquer en effet que le premier effet de l'action des rayons X sur la peau est la chute des poils. M. Poirier se demande s'il ne s'agit pas là d'une forme de tricophytie et demande que l'on examine le malade à ce point de vue.

(1) 12 avril 1908, Compte-rendu du *Journal de médecine de Bruxelles*.

Atrophodermie.

M. Laitat présente une jeune femme qui fut soignée il y a trois ans pour syphilis et qui présente actuellement des lésions tuberculeuses à la joue et au cou. Mais ce qui rend le cas intéressant c'est l'existence, à divers endroits du corps, surtout au cou et au ventre, de taches irrégulières, en général ovalaires, de quelques millimètres à un centimètre d'étendue. Ces lésions, qui ne s'accompagnent d'aucun symptôme subjectif, sont blanc nacré, la peau y est très fine, atrophique, plissée, non pityriasique. La lésion débute par une simple tache érythémateuse. Au cou quelques lésions sont un peu surélevées, légèrement urticariées.

Décollement des ongles.

M. Minne fait passer des photographies montrant des lésions spontanées de décollement des ongles chez une jeune fille. La lésion date de deux ans et débuta dans la lunule. Il est à noter qu'il existait en même temps une sensibilité excessive de l'extrémité des doigts et des transpirations profuses aux mains. Le traitement consista simplement en immersions fréquentes des doigts dans l'eau chaude. La guérison fut remarquablement rapide.

M. Lespinne a obtenu d'excellents résultats dans les cas de décollement des ongles d'origines diverses par un procédé décrit autrefois et qui consiste en l'application de pointes de feu de quelques millimètres de profondeur autour de la matrice de l'ongle. Il y a alors prolifération excessive du tissu et l'ongle se reproduit rapidement.

M. Poirier, dans un cas où l'ongle décollé paraissait sectionné en deux parties, s'est bien trouvé de l'emploi de petites bandelettes d'emplâtre à l'oxyde de zinc.

Dermographisme spécial chez un syphilitique.

M. Minne relate le cas d'un homme syphilitique en éruption papuleuse secondaire. Il présente un phénomène fort intéressant : si à côté des lésions papuleuses on fait une traînée avec un corps dur et mousse, il se produit une éruption papuleuse fine sans prurit sur le sillon tracé par le corps dur. Il ne s'agit pas de dermographisme proprement dit, car la lésion est papuleuse et non prurigineuse. Ce phénomène ne se produit qu'aux environs des lésions secondaires et nullement aux autres parties du corps du malade. Peut-être ce phénomène a-t-il quelque constance et, dans ce cas, il constituerait un moyen de diagnostic qui pourrait être utile dans certains cas.

Deux cas de lèpre.

M. Poirier présente deux cas de lèpre. Le premier cas est un malade qui vécut pendant seize ans aux Indes néerlandaises. Son passé pathologique est très chargé : il fut atteint, en effet, pendant son séjour en Extrême-Orient, de beri-beri, de choléra, de dysenterie, de malaria.

Au début d'avril, il fut admis à l'hôpital d'Anvers et présentait aux mains et aux pieds une éruption bulleuse. De plus, disséminées et irrégulières sur le tégument, il existe des taches érythémateuses assez grandes, achromiques au centre, pâlissant sous le doigt et en partie anesthésiques. L'examen de la sensibilité démontra de l'anesthésie par zones en bottes et en gants et aux endroits anesthésies l'abolition du sens thermique.

Le malade ne souffre pas si ce n'est de quelques élancements et de fourmillements dans les membres. Cependant le long du sciatique droit il y a quelques douleurs. Le sens thermique est également aboli au centre des taches. Les nerfs cubitaux sont moniliformes et à gauche on distingue, sur le trajet du nerf, à la palpation, une nodosité. Dans l'ensemble il y a peu d'exagération des réflexes. Dans le mucus nasal on retrouve le bacille acidophile de Hansen. Il s'agit bien là d'un cas de « lèpre lazarine ».

Le second cas n'est pas aussi clair, mais il s'agit, selon toute probabilité, d'un cas de lèpre tuberculeuse. Le malade est un capitaine de navire qui navigue depuis l'âge de treize ans.

Depuis de longues années il n'a guère quitté les tropiques et séjourna quatre mois au Brésil où il contracta la fièvre jaune, puis reprit ses voyages et pendant trois ans ne quitta pas les côtes de ce pays. A son entrée, au mois de janvier de cette année, à l'hôpital d'Anvers, il présentait des lésions érythémateuses des membres et du front, des douleurs articulaires, une stomatite intense. Il quitta l'hôpital au bout de quelques semaines, mais y rentra peu après avec du coryza, des macules rouge violacé légèrement pityriasiques, irrégulièrement disséminées sur le tégument et des plaques opalines sur la muqueuse buccale. En même temps on constatait un peu de surdité et de la raucité de la voix. Il n'existe ni antécédents syphilitiques, ni adénopathies. Actuellement, tous les symptômes persistent et la raucité de la voix est très caractéristique. On constate également l'existence sur la face de nombreux tubercules rouges sombres et un début d'alopécie sourcilière. Le visage rappelle le facies léonin de la lèpre tuberculeuse. Il y a de la rhinite hypertrophique et de la névrite optique à droite. Le malade étant assez

gras, il est difficile de se rendre compte de la forme du nerf cubital. Cependant il paraît tuméfié à droite.

A l'examen de la sensibilité, on constate l'existence de zones anesthésiques et hyperesthésiques. Il n'y a pas d'abolition du sens thermique. L'examen du mucus nasal n'y a pas décelé l'existence du bacille de la lèpre. Le Dr Poirier croit qu'il s'agit d'un cas de lèpre tuberculeuse au début, mais il voudrait connaître l'avis des membres de la Société sur ce cas.

M. L. Dekeyser, qui a eu l'occasion à Molokai de voir un très grand nombre de lépreux à toutes les périodes de l'évolution du mal, est convaincu qu'il s'agit d'un cas de lèpre tuberculeuse.

Pierre de tête.

M. Poirier présente une concrétion dure du cuir chevelu, qu'il a extraite il y a quelque temps. Il s'agit évidemment d'un kyste sébacé. L'intérêt du cas réside dans le rapport qu'il y a entre ce cas, assez rare du reste, et les vieilles estampes représentant l'extraction de « pierres de tête ».

Un cas de fièvre syphilitique secondaire (1).

M. Poirier rapporte l'observation d'un cas de ce genre dont il présente la feuille de température. Il s'agissait d'une jeune fille de 18 ans, atteinte d'une ulcération suspecte de la nymphe droite. Au bout de quelques jours survinrent de la céphalée vespérale, de la névralgie faciale, de la courbature, symptômes accompagnés d'une élévation de température vespérale qui ne céda pas à l'administration des antipyrétiques habituels. L'état général s'aggrava et la fièvre atteignit 39°8. M. Poirier institua alors le traitement ioduré et les phénomènes fébriles rétrocédèrent aussitôt. L'apparition de la roséole vint confirmer le diagnostic de la syphilis.

Lupus érythémateux traité par la méthode de Hollander.

M. Poirier montre une malade âgée de 56 ans qui fut présentée autrefois déjà par M. Thomson. Depuis l'âge de 15 ans, elle est porteur d'un vaste lupus érythémateux contre lequel tous les traitements échouèrent.

Le lupus a provoqué une alopécie définitive d'une grande partie du cuir chevelu ; de plus, il existait au moment où M. Poirier vit cette malade de larges taches rouges, infiltrées, à centre atrophique sur le visage, le cuir chevelu, les oreilles et tout le long de la lisière des placards d'alopécie.

(1) 14 juin 1908.

Le traitement institué a consisté à prendre deux fois par jour une poudre de 50 centigrammes de sulfate de quinine et à faire en même temps des badigeonnages des lésions au moyen de la teinture d'iode. Le traitement a commencé il y a trois mois et déjà nous assistons à une amélioration considérable : un grand nombre d'îlots lupiques ont disparu, l'infiltration a fortement diminué et la plupart des lésions sont manifestement en voie de régression.

M. Thomson a traité longtemps cette malade sans résultat appréciable.

Il a également tenté le traitement par la quinine et la teinture d'iode, mais celui-ci ne put être administré dans des conditions convenables et la malade l'abandonna pour des raisons extra-médicales.

M. Asselbergs pense que, dans les bons effets obtenus par l'emploi de ce mode de traitement, il faut surtout voir l'influence des applications irritantes du caustique.

M. Poirier attache également beaucoup d'importance à l'action caustique de la teinture d'iode, mais il croit cependant que l'action spinale de la quinine sur les vaisseaux n'est pas à négliger. Il se propose de soumettre les deux oreilles de la malade à un traitement comparatif. C'est-à-dire que l'administration de la quinine sera continuée, mais que l'une des oreilles seulement sera soumise à l'application de teinture d'iode.

Deux cas de lèpre.

M. Poirier présente à nouveau les deux malades qu'il avait montrés à la séance précédente. Chez l'un d'eux, qui présente la forme tuberculeuse, le bacille de Hansen n'a pas encore pu être isolé.

Les traitements suivis ont été jusqu'ici : pour la bouche, lavages à l'eau oxygénée au quart et applications locales d'acide chromique ; à l'intérieur le salicylate de soude et enfin des bains d'eucalyptus. Depuis le 25 mai le malade a, de plus, reçu des injections intramusculaires d'eucalyptol à 100 pour cent dans de l'huile d'amandes douces.

Il paraît y avoir eu amélioration. Les tubercules semblent moins saillants, la vision est meilleure.

Dans le second cas, le même traitement a été institué et ici également il paraît y avoir eu une amélioration notable.

M. Dekeyser (L.) constate également une amélioration appréciable chez les deux malades. Cependant il ne faudrait pas se hâter de conclure à l'efficacité du traitement en tant que dirigé contre la lèpre. On constate, en effet, fort souvent, chez les lépreux, de la régression spontanée des tubercules, de l'atténuation des macules



anesthésiques et cette régression est surtout fréquente chez le blanc. D'autre part, il suffit de placer des malades dans des conditions d'hygiène et de nutrition meilleures pour constater également une régression considérable des manifestations lépreuses apparentes alors même qu'aucun traitement n'a été institué. C'est ainsi que le Dr Bayet a pu présenter autrefois deux photographies d'un cas de lèpre observé dans son service, à l'hôpital St-Pierre. La première photographie montrait le malheureux lépreux avec la plupart des stigmates de la redoutable affection ; la seconde montrait le même malade avec toutes les apparences de la guérison. Or, il n'y avait eu aucun traitement institué. Seulement le malade, s'étant trouvé dans des conditions d'hygiène meilleures, avait vu disparaître spontanément la plupart des lésions apparentes. Inutile de dire que ce malade a succombé plus tard à la lèpre.

Endartérite oblitérante chez un syphilitique.

M. Laitat présente un jeune homme de 20 ans, infecté de syphilis depuis sept mois. Deux mois après l'apparition du chancre. il survint dans le sillon du quatrième orteil du pied droit une petite papule qui s'ulcéra rapidement. L'ulcération grandit peu à peu malgré les traitements divers institués. Actuellement, le petit orteil, le quatrième et la moitié postérieure du troisième, les espaces interdigitaux sont sains. Le gros orteil seul est indemne. Il s'agit là évidemment d'une lésion trophique syphilitique due à une endartérite oblitérante.

M. Bayet insiste sur la rareté de ces cas. Si dans les centres nerveux, moelle et cerveau, l'endartérite oblitérante est fréquente, elle est très rare aux autres régions du corps au cours de la syphilis et surtout d'une syphilis récente. La radiographie n'a décelé dans le cas présent aucune altération du système osseux.

M. Poirier a eu l'occasion d'observer un cas semblable. Il survint chez un syphilitique, de la gangrène spontanée des cinq orteils et on ne put arrêter les lésions que par un traitement antisyphilitique intensif. Il s'agissait sans doute dans ce cas d'une endartérite oblitérante de la tibiale.

Paralysie générale précoce chez un syphilitique.

M. Bayet présente un malade âgé de 31 ans et atteint de syphilis depuis 1902. Actuellement, il présente le type clinique accompli de la paralysie générale, troubles de la marche, de la parole, de l'écriture, de la mémoire, tremblement de la langue et des lèvres, etc. Ce qui fait l'intérêt du cas présent, c'est sa précocité. Il est tout à



fait exceptionnel de rencontrer la paralysie générale à cet âge. Le temps moyen au bout duquel survient la paralysie générale chez les syphilitiques est généralement douze ans.

Gommes tuberculeuses.

M. Lespinne montre une jeune fille de 17 ans au passé fortement entaché de tuberculose. Lorsqu'il la vit, elle portait des gommes tuberculeuses du cou, du creux de l'aisselle et des plis de l'aine. Deux jours après cette visite, l'une des gommes du cou s'ouvrit spontanément. Immédiatement une injection de tuberculine fut pratiquée, puis une seconde, une troisième et enfin une quatrième en dix jours. La gomme qui avait les dimensions d'un œuf de pigeon montra déjà après la première piqûre une tendance à la guérison, sans expulsion de tissus nécrosés. Au bout de quinze jours, la guérison était complète et actuellement la gomme a complètement disparu ne montrant qu'une petite cicatrice linéaire. L'état général s'est également considérablement amélioré. Les autres gommes ont rétrocédé.

Le cas est remarquable par la rapidité de la guérison qu il est difficile de ne pas attribuer à la tuberculine.

M. Duhot croit qu'il s'agit non d'une gomme, mais d'un petit abcès froid de la peau qui a pu se résorber spontanément. Il base son opinion sur la mobilité et la minceur de la peau qui recouvre la lésion guérie.

M. Lespinne ne comprend pas très bien cette distinction entre la gomme tuberculeuse et l'abcès froid de la peau. Ce sont là deux expressions différentes qui désignent une seule lésion. Quant à la mobilité et à la minceur de la peau, elle est précisément la caractéristique des gommes tuberculeuses guéries. M. Lespinne n'a jamais vu de gomme tuberculeuse aussi volumineuse rétrocéder spontanément avec une telle rapidité.

M. Poirier ne peut admettre non plus de différence entre l'abcès froid de la peau et la gomme tuberculeuse. Les deux expressions désignent la même affection.

Dermographisme spécial chez un syphilitique.

M. Minne montre à nouveau le malade qui fit l'objet de sa communication au cours de la dernière séance (*Journal médical*, 1908, n° 19). Lorsqu'on frotte la peau du malade avec un corps dur il survient une rougeur sur laquelle, au bout de quelque temps, apparaissent de petites taches rouges disséminées, toujours les mêmes sur les mêmes parties du corps.

M. Bayet pense que ces cas sont rares et il les rapproche du phénomène observé chez un de ses malades. Celui-ci avait contracté la syphilis et en même temps fut atteint d'urticaire. Or, la roséole se superposa à l'urticaire de telle sorte qu'il faut admettre qu'il s'agissait là d'un cas d'urticaire syphilitique préroséolique.

M. Minne fait observer que dans son cas les lésions qui apparaissent par le procédé indiqué, sont superposables à plusieurs jours de distance. Il ne s'agit donc pas d'un simple dermographisme, lequel affecte une disposition en traînées et non en taches.

M. Lespinne pense cependant qu'il ne peut s'agir que de dermographisme.

M. Minne se demande s'il n'y a pas là une indication précieuse pour pouvoir établir un diagnostic précoce de la syphilis.

M. Poirier croit que la chose ne serait possible que chez un malade dermographique.

Fibromatose lymphangiectasique.

M. Minne rapporte l'observation d'une femme qui présentait au bras une tumeur mollasse de consistance à peu près gélatineuse bleuâtre, survenue à l'âge de quatre ans à la suite d'une chute. Il serait assez tenté de considérer le cas comme une maladie de Recklinghausen, mais il y a ici des lésions osseuses, ce qui n'est guère signalé dans cette affection.

M. Bayet fait remarquer que la maladie de Recklinghausen étant très rare, on n'a guère eu l'occasion de faire beaucoup d'examens du squelette. Pourtant on a signalé des cas où il existait des troubles du système osseux ; du reste, la scoliose y est très fréquente. M. Bayet pense qu'il s'agit ici d'un cas de maladie de Recklinghausen.

M. Poirier, à l'examen des radiographies, ne voit pas de trace de fracture, mais l'aspect des lésions montre, par contre, une périostose bien nette au siège de la tumeur ; d'autre part, on constate qu'il existe des troubles trophiques des os du carpe et des ostéophytes. Il conviendrait peut-être de rechercher si tumeur et lésions osseuses ne sont pas d'origine centrale.

Teignes.

M. Minne fait systématiquement des inoculations au cobaye de toutes les teignes qu'il a l'occasion d'observer, Or. contrairement à l'opinion défendue par Sabouraud. il a parfaitement pu inoculer, avec un résultat positif, l'Audouini au cobaye. Cependant à l'étude critique des recherches dans ce domaine qu'il poursuit depuis plusieurs années, M. Minne conclut qu'il existe plusieurs variétés d'Au-

douini, les unes inoculables facilement au cobaye, d'autres moins facilement inoculables, d'autres non inoculables. Or, l'aspect des cultures de ces diverses variétés est à peu près identique alors que les inoculations à l'animal montrent qu'il existe des différences sensibles et des variétés distinctes.

Chancres extragénitaux.

M. MORELLE mentre la photographie d'un malade porteur d'un vaste chancre du menton. La lésion avait été prise pour de la tricophytie.

M. BAYET insiste sur la difficulté de diagnostic de certains chancres géants de la face. Lui-même a opéré, il y a quelques années, un malade porteur, à la face, d'une tumeur inflammatoire attribuée à la pénétration d'un poil de brosse. Or, la suite démontra qu'il s'agissait d'un chancre géant de la face.

Nœvus.

M. MORELLE montre les photographies d'un nœvus remarquable par son étendue. Tout le côté droit du corps est envahi depuis l'aine jusqu'au cou. L'efflorescence, nettement unilatérale, s'arrête à la colonne vertébrale.

Chancres multiples.

M. BAYET montre les photographies d'un de ses malades qui porte au menton quatre chancres indurés.

Séborrhée psoriasiforme.

M. THOMSON présente la photographie d'un cas très étendu de séborrhée psoriasiforme chez un jeune homme d'une vingtaine d'années. La plaque principale, à bords circinés, s'étendait depuis le niveau de la ligne intermédiaire jusqu'au nombril. Le cas était intéressant surtout au point de vue de l'étendue de la plaque séborrhéique, de l'épaisseur de la croûte graisseuse et de sa coloration jaune-orange. Toutes les lésions cédèrent rapidement à quelques applications de chrysarobine précédées de bains chauds et de savonnages répétés, mais les plaques reparurent au bout de quelques semaines de cessation de soins hygiéniques.

Syphilis tubéreuse.

M. THOMSON montre ensuite la photographie d'une jeune femme atteinte de syphilis qui présente de l'iritis aux deux yeux, des ulcérations profondes de l'amygdale gauche, des plaques muqueuses

à la vulve. Le front, le sillon nasal gauche, la lèvre inférieure et le menton sont le siège de plaques surélevées à consistance molle, de forme ovalaire et confluentes en place et d'une coloration lie-de-vin ; en quelques mots des plaques typiques de syphilis tubéreuse.

La jeune femme prétend ne jamais avoir présenté d'autres signes de vérole. Une quinzaine d'injections d'énésol amenèrent une amélioration notable de tous les symptômes et la disparition presque complète des manifestations cutanées.

Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux

Gangrène phéniquée (1).

M. Duvergey présente une malade atteinte d'une gangrène de l'annulaire gauche d'origine phéniquée. Il s'agit d'une femme, qui, à l'occasion d'une piqûre du doigt, appliqua un pansement humide avec une solution alcoolique d'acide phénique. Le sphacèle d'une partie du doigt s'en suivit. M. Duvergey attend que la nature ait séparé le mort du vif pour faire une régularisation. Des faits de cette nature ne sont malheureusement pas rares ; c'est à cause de leur fréquence que M. Duvergey, qui en a observé pour sa part sept ou huit, a tenu à appeler l'attention de la Société sur les dangers des solutions phéniquées.

M. Chavannaz a vu des solutions phéniquées à 20 pour 1000 occasionner la perte de segments digitaux. Il se demande si, dans le cas présent, il ne vaudrait pas mieux désarticuler le doigt, ou l'amputer, que d'attendre que le sillon d'élimination ait apparu et qu'il ait achevé son action ?

M. Courtin a vu employer couramment en 1880-82 la méthode de Lister et, malgré cette débauche de solutions phéniquées, ne croit pas que les gangrènes phéniquées fussent plus nombreuses alors qu'aujourd'hui.

Peut-être peut-on admettre que la pureté plus grande de l'acide phénique employé en soit la cause.

M. Lemaire rappelle que les solutions phéniquées avec de la glycérine pure ou de l'alcool sont moins susceptibles que toutes autres de produire des gangrènes.

(1) 4 nov. 1907



REVUE ANALYTIQUE

MALADIES DE LA PEAU

ABRAHAM : **Sur le psoriasis et son traitement.** (*Brit. med. J.*, 14 avril 1906.) — L'auteur est porté à considérer le psoriasis comme constitutionnel dans un très grand nombre de cas, bien que les symptômes soient relativement peu marqués. 10 p. % des malades présentent des antécédents de goutte ou de rhumatisme. Parfois, on observe des névroses, la chorée, la sciatique, des névralgies, etc., ce qui n'est pas une raison suffisante pour accorder une importance étiologique à ces affections. Autrefois, le traitement interne constituait pratiquement la seule méthode thérapeutique en dehors d'un séjour dans une station balnéaire, mais, peu à peu ce traitement externe a pris l'importance qui lui revient. L'auteur a toujours vu le psoriasis disparaître par le traitement interne. Cependant, ce dernier est utile dans un très grand nombre de cas où l'on soupçonne la diathèse urique, des affections digestives, de l'anémie, etc. Mais toujours le traitement externe doit être poursuivi avec vigueur. Il n'existe, en effet, aucun médicament interne pouvant être considéré comme spécifique du psoriasis, pas même l'arsenic, bien qu'on rencontre de temps à autre des cas dans lesquels ce médicament donne d'excellents résultats, surtout en augmentant fortement la dose. Mais, il n'est pas rare, non plus, d'observer un résultat analogue à la suite d'une maladie intercurrente. Toutefois, lorsque l'affection est guérie, le psoriasis reparaît. Après Byrom Bramwell, l'auteur a essayé le traitement thyroïdien, mais il n'a obtenu d'amélioration que dans quelques cas, aussi ne l'emploie-t-il que dans les cas où l'éruption est particulièrement grave et en surveillant le malade. Le sulfate de magnésie, associé au fer et à un tonique amer est souvent utile pour régulariser l'action intestinale et améliorer la nutrition générale. Lorsqu'il y a excès d'acide urique, l'auteur recommande les salicylates, la salicine et les alcalins. Quant au traitement externe, il prescrit d'abord un bain de goudron léger de dix minutes de durée tous les jours, suivi d'une friction avec une pommade à la créoline, à laquelle on ajoute parfois du savon et du soufre précipité. Si l'affection résiste au traitement, on ajoute à la pommade de la chrysorabine. Les taches rebelles peuvent être frottées avec une brosse trempée dans une solution de chrysarobine dans la benzine, puis on badigeonne la partie avec du collodion élastique. Contre le psoriasis du cuir chevelu, l'auteur emploie une pommade composée de 12 gr. de mélange ammoniaco-mercuriel et de 30 gr. de savon mou et de 30 gr. de vaseline. Parfois, on ajoute à cette pommade de la résorcine ou de l'huile de cade. L. J.

M. Berger : **Epidermolyse bulleuse héréditaire; sa réaction aux Rayons Roentgen.** (*Arch. f. Derm. u. Syph.*, T. LXXX, p. 23.)— Un cas observé chez un enfant de 6 ans qui avait eu une sœur également atteinte. On constata que l'exposition aux rayons Roentgen provoquait des bulles à la façon de tout autre irritant. Mais l'auteur remarqua aussi que les régions qui avaient présenté de la réaction n'offrirent extérieurement plus de bulles, et que la région cutanée irradiée restait à l'abri de manifestations du même genre.

C. A.

Bouissière : **Traitement du cancer des paupières par les rayons X.** (*Thèse de Bordeaux*, 12 janvier 1906.)— La radiothérapie guérit en moyenne 70 % des cancers des paupières. On la recommandera surtout : *a*) dans les épithéliomas qui ont réalisé la forme adulte ; *b*) dans tous ceux devenus inopérables par suite de la trop grande étendue des lésions. Elle est alors la *seule* méthode à employer ; elle calme les douleurs, améliore souvent l'état du malade et donne parfois des résultats inespérés. S'il s'agit d'un tout petit bourgeon cancéreux, on préfèrera d'autres procédés. Du reste, l'emploi simultané ou successif des autres méthodes et de la radiothérapie peut amener des résultats dont l'une seule serait incapable. La radiothérapie n'empêche pas les récidives, mais elle a des avantages curatifs, esthétiques et permet de recommencer les expositions dès que le mal reparaît. J. M.

Calloman : **Pemphigus isolé des muqueuses.** (*Derm. Zeit.*, août 1906, p. 550.) — F. 30 ans, parents consanguins ; une sœur aînée morte phtisique. La malade est née avec 6 doigts et 6 orteils. Une sœur plus jeune présente une anomalie semblable. En mars 1901, difficulté d'avaler ; en juillet, forte rougeur de la muqueuse pharyngée avec plaques blanchâtres isolées, un peu saignantes, de la grandeur d'un haricot. Mêmes apparences au vagin. Symblépharon des deux yeux. Pemphigus typique de la muqueuse des gencives, cou, pharynx, larynx et conjonctives. Rien à la peau. De 1904 à 1906, poumons atteints de tuberculose des sommets. Bronchite que l'on peut rapporter à des poussées de pemphigus sur la muqueuse des voies aériennes profondes. Rien à la peau. Il s'agit d'un pemphigus du larynx et de toute la cavité buccale ainsi que des conjonctives. Inoculations négatives. Cultures ou stériles ou contenant des staphylocoques. Jamais de mouvement fébrile. Ces pemphigus limités aux muqueuses sont rares. Dans le cas actuel, les rémissions observées permettent d'espérer une guérison. C. rapproche son observation du pemphigus subaigu de Rosenthal, qu'il distingue de la forme chronique ordinaire. Le pronostic en est plus favorable. Mais il le rattache au pemphigus vulgaire. J. M.

Duliscouet : **Les Lépreux au moyen-âge en France.** (*Thèse Bordeaux*, 26 janvier 1906.) — Après avoir exercé ces ravages jusqu'à la

Renaissance, la lèpre diminua en France, à partir de cette époque. La société du moyen-âge n'employa que l'isolement, comme moyen prophylactique, mais les guerres presque continuelles, la différence des conditions sociales ne permirent pas la stricte application de cette mesure. Les ladres, trouvant dans les léproseries des asiles sûrs, acceptèrent l'internement. Du reste ; leur situation, tant juridique que sociale, rendit nécessaire la création de ces léproseries. La lèpre diminua, malgré l'absence de thérapeutique. C'est vers la Renaissance, que l'internement des lépreux porta ses fruits. A cette époque, on sépara la syphilis de la lèpre, avec laquelle elle avait été confondue jusqu'alors ; on s'occupa surtout de l'étude de la première de ces maladies, laissant de côté la lèpre, bien que celle-ci n'eût pas complètement cessé d'exister. Thèse intéressante, insistant sur la vie intérieure des maladreries, au moyen âge, les conflits qu'elle entraîna, la capacité civile et juridique des ladres, et les causes de diminution de la maladie, à partir de la Renaissance.

J. M.

GASCOIN : **Contribution à l'étude de l'actinomycose en Touraine.** (*Thèse Bordeaux*, 27 juillet 1906.) — Cette thèse renferme 24 observations d'actinomycose observées en Touraine d'octobre 1892 à avril 1906. On n'y a rencontré jusqu'ici que la forme cervico faciale. Le mode de contagion n'est pas toujours des plus nets. La carie dentaire serait une porte d'entrée fréquente du parasite.Parfois pourrait-on incriminer l'alimentation de viandes provenant d'animaux de boucherie et charcuterie actinomycosiques, insuffisamment cuites. L'iodure de potassium ,inefficace dans l'actinomycose ancienne, serait le médicament spécifique de l'actinomycose récente. C'est Meunier, de Tours, qui l'employa le premier en France en 1892. J. M.

HELLER : **Contribution à l'étude des maladies rares des ongles.** (*Derm. Zeit.*, sept. 1906, p. 613.) (suite). IV. *Lupus érythémateux des ongles.* — F., 17 ans, employée dans un bureau, aucun antécédent tuberculeux. Depuis 6 mois, lupus érythémateux de la joue gauche et du médius droit. On voit sur la paroi inguéale des 2e, 3e, 4e doigts, de la main gauche, des infiltrats desquamants, rouge foncé, caractéristiques. Les parois latérales du 4e, la partie externe du 3e sont seules prises. Sur le 4e, qui est le plus pris, toute la paroi unguéale est entourée d'une zone unguéale circulaire malade. La région correspondant à la lunule est soulevée et arrive presque au niveau de la paroi unguéale ; en avant d'elle, séparée par une partie de lame unguéale saine, on voit une dépression large de 1 mm. 5. Dans cette dépression, le lit de l'ongle prend une couleur rouge foncé comme si en ce point s'était développée une plaque de lupus érythémateux sur le lit de l'ongle, mêmes processus, quoique moins avancé au 5e doigt. Sur le 5e ongle, on voit deux zones larges de 2 m/m carrés,

sur le 2e on en voit une où, avec une lame unguéale absolument intacte, le lit brille d'une couleur rouge intense. Ce signe appartiendrait au lupus érythémateux. V. *Chute de presque tous les ongles à la suite d'une commotion cérébrale.* — F., 11 ans, glissa, en s'amusant sur l'escalier de sa demeure, de plusieurs marches et se cogna le derrière de la tête sur la bordure de fer de la marche. Malgré la douleur, elle put remonter dans sa chambre. Le lendemain, elle se trouva très fatiguée en voulant se lever, tomba sur le plancher et resta sans connaissance. Revenue à elle, son bras droit et la partie correspondante du thorax étaient insensibles, avec trépidations du bras. La sensibilité revint au bout de quelques heures. Puis quelques jours après survinrent des crampes dans la moitié droite de la face, du hoquet, de l'aphasie. Ceci dura une demi-heure. Au bout de quelques semaines les ongles des doigts se fissurèrent et finirent par tomber. Pas de symptômes d'hystérie. Les lames unguéales de tous les doigts sauf l'auriculaire gauche, manquent totalement ; aucun signe d'inflammations. Le lit de l'ongle rappelait l'aspect consécutif à la perte de l'ongle par inflammation, avec début de kératinisation. Pas de syphilis. J. M.

R. Kreibich : **Sur la psorospermose de Darier.** (*Arch. f. Derm. u. Syph.*, t. LXXX p. 367.) — Dans un premier cas, la maladie débuta par des efflorescences à disposition zostériforme. Dans le second, on trouva des traces d'une systématisation semblable à celle d'un zona intercostal. K. conclut qu'il faut considérer la maladie de Darier comme une inflammation angioneurotique. C. A.

Krystalowicz : **A propos du rôle des streptocoques dans la pathologie de la peau.** (*Mon. f. pr. Derm.* 1er janv. 1906, Bd 42, no 1, p. 1.) — L'A étudie un cas de dermatite bulleuse streptogène et un cas d'ecthyma. Historique de la question. L'A. démontre qu'un unique micro-organisme peut donner lieu à des lésions différentes suivant le siège de l'infection. (impétigo, pemphigus des nouveau-nés, érythème polymorphe, ecthyma, érysipèle et érysipéloïdes). Confirmation des théories pathogénétiques de Sabouraud. J. M.

Lassar, Siegfried, Urbanowicz. **Recherches sur le traitement des lépreux par les rayons** X. (*Derm. Zeit.*, 1906, p. 690.) — 9 observations : 6 lèpres tubéreuses, 2 anesthésiques, 1 mixte. Pas de résultats certains, en raison de la dissémination du bacille dans l'organisme infecté. Chez tous les malades, les rayons X ont produit une réaction fébrile avec frissons, plus ou moins intense. Chez les deux lépreux anesthésiques, inflammation de la main droite, gangrène ayant nécessité l'ablation de la 2e phalange. Un ulcère plantaire acquit un volume quadruple, suite du traitement. Chez l'un deux plaies s'enflammèrent tant que le traitement dut être interrompu (fièvre, malaise, éruption vésiculeuse de la face). Pas d'a-



mélioration consécutive. Chez deux tubéreux, la réaction fut si vive que le traitement dut être interrompu. Elle survient plus ou moins vite, est plus ou moins vive (rougeurs, brûlure, bulles), dure plus ou moins longtemps, suivant l'intensité des rayons et la durée des séances, la torpidité ou l'inflammation des ulcères. Les parties traitées desquament souvent comme du son ; les réactions intenses détachent des lamelles épidermiques sous lesquelles pousse un épiderme rouge et frais, comme dans les brûlures. Les muqueuses gonflent, sont prises de catarrhe. Parfois les points traités se pigmentent. Les séances duraient de 10 à 15 minutes, à une distance d'environ 10 cm. L'effet local, n'est pas supérieur à celui que donnent d'autres méthodes. L'effet des rayons X serait chimique, peut être aussi électrolytique. Il faut attendre une plus longue observation des malades en traitement pour porter un jugement définitif.

J. M.

MEIROWSKY : **Recherches sur les effets de la lumière Finsen sur la peau normale et tatouée de l'homme** (*Mon. f. pr. Derm.*, 15 avril 1906, B° 42, n° 8, p. 391.) — La lumière détermine d'abord sur la cellule épithéliale un effet excitant qui se caractérise par des figures de division nucléaire et la formation de pigment. Ce n'est qu'à la suite d'une action prolongée qu'elle entraîne une énorme lésion de l'épiderme qui subit une série de lésions de dégénérescence, finit pas se nécroser et former des bulles ; à peu près en même temps que les lésions de la couche épineuse survient une dilatation des vaisseaux superficiels et profonds qui a pour conséquence une forte émigration de leucocytes et des hémorrhagies dans les tissus ; la lumière provoque ensuite un accroissement des cellules conjonctives et un gonflement du collagène. Après que les phénomènes d'inflammation ont atteint leur acmé, surviennent les phénomènes de réparation avec fort épaississement de la couche épineuse dont les cellules sont au début privées de pigment, mais montrent par la suite une néoformation et un accroissement du pigment dans toutes les couches de l'épithélium. Dans le tissu conjonctif, l'œdème disparaît et il ne reste que de l'hyperpigmentation dans la couche épineuse et un fort épaississement avec accroissement du collagène. Sur la peau tatouée, la lumière de Finsen agit en nécrosant la peau et facilite seulement ensuite aux granulations colorantes que se trouvent dans la profondeur du chorion leur passage à la surface. J. M.

MOSCHOWITZ : **Une nouvelle méthode de traitement de l'acné.** (*Med. Record*, 13 janv. 1906.) — La méthode préconisée par l'auteur n'est autre que celle de l'hyperémie veineuse pratiquée sur les parties molles à l'aide de ventouses sèches. Huit cas ont été traités de cette manière, et les résultats ont été assez bons, comparés à ceux que donnent les méthodes ordinaires, pour que l'auteur ait été

engagé à publier ces résultats. Bien que ces cas soient peu nombreux, plusieurs avaient été traités pendant des mois et des années sans aucun résultat. La méthode est très simple. L'appareil est constitué par une ventouse sèche munie d'une poire en caoutchouc. Le diamètre de l'ouverture de la ventouse varie d'un pouce à un pouce et demi suivant la région de la face sur laquelle on l'applique. La ventouse est ainsi appliquée pendant une heure chaque jour, de préférence le soir. Si l'application est faite deux fois par jour, pendant une heure chaque fois, on obtient des résultats plus rapides ; l'action aspiratrice de la ventouse doit être légère, d'abord parce qu'une forte aspiration n'est pas aussi efficace, qu'elle peut même aggraver la maladie, ensuite parce qu'elle produit un anneau hyperémique qui peut mettre plusieurs jours à disparaître. La ventouse doit être enlevée toutes les minutes ou toutes les deux minutes et réappliquée ensuite pour permettre de nouveau l'afflux du sang. Les applications sont faites sur les parties de la face où les pustules d'acné sont le plus nombreues et sont répétées chaque jour sur la même place jusqu'à ce que les pustules aient disparu. On continue ensuite sur d'autres points. Il faut, en général, de deux à cinq applications sur chaque place pour obtenir un résultat satisfaisant. Cette méthode n'empêche pas l'apparition de nouvelles pustules, bien que la récidive soit beaucoup moins fréquente qu'avant le traitement. Aussitôt qu'une pustule reparaît, il faut appliquer la ventouse jusqu'à la disparition de la lésion. L. J.

Ravogli : **Pemphigus végétant.** (*Journ. of cut. Dis.*, juillet 1906, p. 311.) — Juive russe, 25 ans. Début de l'éruption par la poitrine. Plaques érythémateuses, puis boutons durs allant de la poitrine au devant du cou. Sensations de brûlure et de prurit léger. A la suite d'un accouchement, pustules qui se rompent en laissant une surface excoriée suintant du sérum. Les régions pubienne et inguinale se couvrent de petits boutons blancs contenant de l'eau claire qui se trouble par la suite. Les cuisses, l'abdomen, se prennent. Sous les seins et les aisselles, bulles grosses comme des noisettes qui crèvent en laissant une surface à vif, suintante et ensuite granuleuse. A l'entrée à l'hôpital, végétations en chou-fleur dans les aisselles depuis la région humérale interne à la portion supérieure du sein, entourées de couronnes de bulles contenant un liquide plus ou moins épais. Mêmes végétations au bas du sternum, à l'ombilic, sur la région hypogastrique et le haut des cuisses. Rien à la tête, ainsi qu'aux deux extrémités. L'éruption gagne progressivement tout le corps. Fièvre. Mort. Le pemphigus végétant est une variété de pemphigus vulgaire et non pas une maladie distincte, maladie infectieuse d'origine générale, distincte de la dermatite de Duhring. Au point de vue histologique, elle est surtout caractérisée par la dilatation des vaisseaux sanguins et lympahtiques d'où exsudation, œdème, du derme et de l'épiderme. La prolifération des éléments anatomiques



du derme et l'infiltration sont cause de la disparition des fibres élastiques. L'épiderme qui se reproduit rapidement est épais, mou, lâche. L'altération sanguine influe beaucoup sur la formation des bulles. La maladie paraît due à un trouble des nerfs trophiques, occasionné par la présence d'éléments toxiques dans le sang. Les végétations sont dues à l'irritation des sécrétions. Traitement efficace encore à trouver. J. M.

SHEPHERD : **Eruption bulleuse récidivante de la face. Pemphigus hystérique probable.** (*Journ. of cut. Dis.*, avril 1906, p. 164.) — F. 20 ans. Depuis 4 ans, l'éruption à la figure apparaît sous forme de petites bulles inflammatoires au front, au menton, aux joues, au nez. Elles deviennent grosses comme une pièce de 0 fr. 50, se remplissant de sérum sanguin, puis se rompent et forment des croûtes. Il peut y en avoir 6 ou davantage à la fois. Généralement, elles surviennent par groupes successifs et durent environ un mois, puis disparaissent à peu près pendant une semaine. Elles brûlent mais ne démangent pas. Elles surviennent sans régularité, mais jamais au cuir chevelu et laissent après guérison une pigmentation. La 1[re] bulle a paru au nez où elle avait une écorchure après avoir cueilli des fleurs sauvages. Pas d'hystérie bien caractérisée. Tempérament lymphatique. Les crises surviennent toujours plus intenses avant les règles. L'A. regarde l'éruption comme une trophonévrose. J. M.

UMBERT : **Un cas d'érythromélie.** (*Rev. esp. de Derm. y Sif.*, juin 1906, p. 241.) — Journalier 30 ans, sans maladie organique ni tare héréditaire, légèrement alcoolique. Fortes douleurs et enflure du gros orteil du pied droit. Il y a environ 6 mois, poussent quelques taches sur le dos des pieds, indolores, qui au bout de 3 mois envahirent également le dos des mains. Un jour, il survint de la douleur, quelques taches se transformèrent en ulcères, d'autres se transformèrent sur les genoux. Douleurs au gros orteil du pied gauche. Les plaques ont une couleur vineuse, des limites précises ; leur grandeur atteint celle d'une pièce de 0 fr. 50 à 1 fr. indolores, elles perdent leur couleur par la compression, mais la recouvent de suite, la pression cessée. L'ulcération ne dépasse jamais 3 à 4 m/m. Les plaques cicatrisées, blanches, sont entourées d'une auréole congestive ; d'autres, sans auréole, sont régulièrement arrondies, sans brides ni kéloïdes. Au pied droit, le gros orteil est un peu tuméfié, chaud ; la peau y est noirâtre, lâche, ridée, fissurée, laissant échapper au niveau d'un cercle d'élimination situé au niveau du métatarsien un liquide peu abondant putréfié. La température des membres est inférieure à la normale ; toutes les sensibilités sont conservées, ainsi que les réflexes. Pas de symptômes médullaires. Pas de pseudo-œdème comme dans les acrocyanoses, pas de symptômes cérébraux. Les faces palmaire et plantaire sont absolument saines. Diagnostic différentiel : érythromélie ou maladie de Pick. L'A. l'attribue à une lé-

sion de la substance grise de la moelle localisée aux troncs du système vaso-moteur. Amélioration lente par la chaleur constante, le repos, la protection des membres contre tout traumatisme. Le tissu sphacélé expulsé, il se forma une cicatrice de bonne nature ; les plaques congestives ont persisté. Le malade a repris son travail. J. M.

Vorner : **Urticaria depressa.** (*Derm. Zeit.*, 1906, p. 687.) — H. de bonne santé générale, n'ayant jamais eu de maladie de peau. Aux deux coudes, rougeur intense avec petits points bleuâtres pénétrant à peu près à 3 m /m. au-dessous de la peau environnante et formant un foyer compact déprimé dans la peau. Contour irrégulier, en arcs extérieurement concaves. La peau voisine est normale, tachetée vers la partie rouge. A l'intérieur des parties rouges déprimées, îlots ronds variant de 2 à 20 m /m. Sa coloration et les bords ressemblent à la peau normale. Entourés par la surface rouge déprimée, ils font penser à des pomphi urticariens, dont ils ont la forme ronde. Mêmes lésions au cou et à la ceinture. Aux côtés du cou, empiétant sur la poitrine, plaques de 10 cm. de long, 6 de large; entre les deux quelques parties rouges. A la ceinture, tout le dos est pris avec foyer rouge au-dessous du niveau de la peau. La partie rouge est dure, landis que la peau d'alentour et les pomphi situés dans la partie rouge ne montrent pas de résistance spéciale. Quelques plaques rouges de même nature aux fesses. Dermographisme. L'affection avait commencé la veille par une sensation de brûlure violente, ayant duré environ une heure. Le malade avait mangé beaucoup de fromage fort ; langue chargée, constipation. Laxatif, guérison. La dyspepsie ne s'est pas accompagnée ici d'urticaire ordinaire à pomphi rouges ou blancs surélevés ; il y avait des plaques rouges déprimées, avec îlots de pomphi , mais un peu différents de ceux de l'urticaire ordinaire. Ils sont secondaires, présentent des îlots de réserve au dedans de la plaque rouge ; ils ne sont pas surélevés au-dessus du niveau de la peau. La dépression du niveau, sa dureté montrent, que la peau, dans les couches profondes, le tissu cellulaire sous-cutanée, peut-être le tissu graisseux sont en contraction, tandis que les capillaires et les petites veines de la couche papillaire ont subi une dilatation consécutive, ce qui expliquerait la couleur bleu rougeâtre du foyer. Il ne s'agit pas d'une affection spéciale, mais d'une forme particulière d'urticaire. J. M.

White : **Méralgie paresthésique.** (*Journ. of cut. Dis.*, avril 1906, p. 160.) — H., 55 ans, a ressenti dans la peau des 2 /3 inférieurs externes de la cuisse droite, à la suite d'une promenade de 4 à 5 milles, des sensations anormales de démangeaison. La peau est tendue, le contact d'un doigt se fait sentir sur une surface beaucoup plus large. Depuis lors, sensations de chatouillement, tension, fourmillement, déchirement, brisement d'os, fatigue, douleur pro-

fonde. Début par de la cuisson un sentiment de chaleur. Le repos les calme ; mais un excès de tension ou de torsion les ramène, comme une pression profonde avec la main. Ni prurit, ni battements, ni constriction. La zone intéressée correspond aux filaments du fémoral cutané externe gauche. Hyperhémie au frottement plus tenace qu'à droite ; hypoanesthésie à la piqûre, anesthésie complète au-dessus de la rotule. Peu de différences à la pression aux deux jambes. Diminution de la sensibilité à la chaleur, qui n'est plus du tout perçue sur le 1 /3 inférieur. Pas de changements dans les dimensions de la cuisse. Pas d'autres troubles nerveux ou organiques. Diagnostic : méralgie paresthésique. Causes peu connues. Le massage paraît indiqué. J. M.

Wende : **Erythema perstans. Deux cas avec lésions circinées** (*Journ. of cut. Dis.*, juin 1906, p. 241.) — 1er *cas.* — Forgeron, 28 ans. L'affection remonte à 4 ans 1 /2. Pas de maladie antérieure. Début simultané, sur les bras et les jambes, s'est rapidement développée et étendue sur l'abdomen. Les lésions débutaient par une tache rouge, devenaient annulaires avec prurit intermittent ; jamais de guérison complète depuis le début sur le ventre ou les membres. Etendue de la région sus-mammaire à l'aine, les lésions augmentent d'intensité des seins à l'ombilic pour diminuer graduellement sur la partie inférieure de l'abdomen. Leur grandeur varie d'un pois à 3 pouces de diamètre ; leur couleur est rouge violet. Les plus grosses sont bien limitées. Les plaques étroites présentent un léger épaississement. Les grandes sont formées d'anneaux, de segments, formant des axes de cercle ou des serpiginosités. Les plus petites proéminent. Elles sont aussi nombreuses en avant qu'en arrière. Aux avant-bras, elles occupent la face interne, elles sont surtout nombreuses entre le poignet et le coude. De forme ovale, se réunissant en formes arrondies ou irrégulières, elles atteignent jusqu'à 4 pouces. La surface est rude, couverte de fines squames, plus brillante que sur l'abdomen. A la cuisse, les lésions sont plus nombreuses sur la face interne et symétriquement disposées, plus larges qu'au tronc, irrégulières, un peu pigmentées, surtout au-dessous du genou. La chrysarobine à l'intérieur paraît avoir seule réussi. 2e *cas.* Fripier, 43 ans, a eu dans son enfance de l'herpès, de l'eczéma, très nerveux. Début de l'éruption par les testicules en mars 1905. Le scrotum gonfla, l'éruption s'étendit graduellement aux cuisses, jambes, pieds. Début par une papule rougeâtre à bords élevés, accroissement continuel. Guérison par le centre. Nombreuses lésions arciformes, circulaires variant de la diminution d'une petite papule à 4 pouces de diamètre, sur la partie antérieure de la cheville droite. Centre pigmenté, inégal ; les lésions arciformes sont élevées, raboteuses, variant du rouge livide au rouge vif. Prurit, œdème des pieds. Rien à la poitrine et au ventre ; le dos, les épaules, les bras, les fesses, les cuisses sont pris ; les jambes en ont moins. Lésions irré-

gulières aux genoux et aux chevilles, scrotum épaissi, couleur foncée. Squames pityriasiques. Variations d'intensité de l'éruption avec les changements de température. Il s'agit d'une éruption sans durée fixe (des semaines, des mois, des années), parfois la vie entière, étiologie obscure ; pas d'âge déterminé ; le sexe masculin y serait peut-être plus disposé. Causes probables ; toxémie intestinale, diathèse goutteuse ou rhumatismale, variations atmosphériques. Au point de vue histologique ; inflammation superficielle, dilatation des vaisseaux sanguins, infiltration de cellules avec œdème. J. M.

FRED. WISE : **Observations sur l'emploi des rayons X dans le traitement de certaines maladies de la peau.** (*Med. Record*, 20 janvier 1906.) — D'après les observations recueillies à l'hôpital des maladies cutanées et cancéreuses de New-York, l'auteur est arrivé aux conclusions suivantes : Les rayons X guérissent la teigne et le favus du cuir chevelu plus rapidement et plus complètement que toute autre méthode de traitement ; les avantages de la méthode sont : son absence de douleur, son innocuité lorsqu'elle est correctement employée. Elle diminue d'une facon considérable les dépenses nécessitées par le traitement ordinaire de cette catégorie de malades. L'hypertrichose doit être traitée par l'électrolyse et non par les rayons X. La radiothérapie donne des résultats très satisfaisants dans les formes variées de la tuberculose cutanée ; dans les chéloïdes, les kératoses, les plaques infiltrées d'eczéma chronique, de lichen planus, le pityriasis rubra ; dans les ulcérations tuberculeuses et les tumeurs du mycosis fongoïde, la psorospermose et le sarcome. Les rayons X calment le prurit, les sensations de brûlure et la douleur ; ils diminuent la sécrétion et les odeurs putrides de diverses dermatoses, en les faisant souvent disparaître complètement. Dans les cas appropriés la radiothérapie est l'agent thérapeutique idéal de l'épithélioma et de l'ulcus rodens. L. J.

MALADIES VÉNÉRIENNES

A. BRŒNUM : **Spermatocystite et épididymite.** (*Hospitalstidende*, décembre 1906.) — L'auteur mentionne les recherches de V. Petersen, Collan, Mayer, Moller, dont il ne peut pas approuver les résultats. Quand l'uréthrite s'étend par le canal déférent, on a l'épididymite, mais aussi une inflammation de l'ampoule ou de la vésicule séminale du même côté. L'auteur a examiné 20 cas d'épididymite gonorrhéique ; et il a fait usage d'une méthode qu'il appelle l'expression complète. Il préfère l'expression digitale et il croit, avec Guelliot, qu'une vésicule qu'on peut reconnaître avec le doigt est une vésicule malade. Il fait uriner en 2 portions, puis il exprime la prostate avec le doigt et laisse uriner (ev. Cathéter). La partie postérieure de l'urèthre est lavée par le cathéter et la vessie est remplie d'eau stérile. Puis, on exprime avec le doigt la vésicule qu'on veut

examiner (droite ou gauche), on vide la vessie et on examine les sédiments. Dans tous les cas (20) d'épididymite, l'auteur a trouvé des leucocytes et gonocoques dans les sécrétions de la vésicule séminale du même côté. ORBAEK (Copenhague).

DREYER : **Sur les hémorrhagies des organes génitaux de la femme dans la syphilis.** (*Derm. Zeit.*, août 1906, p. 537.) — D. relate 13 observations de différents auteurs, en y en ajoutant une inédite. La syphilis est une des causes les plus importantes d'hémorrhagies génitales. Elles sont rebelles aux traitements ; on emploiera de préférence les frictions et les injections de sels insolubles. L'anatomie pathologique démontre l'altération vasculaire caractéristique, l'endartérite oblitérante des artères utérines. L'hémorrhagie peut aussi provenir de l'ovaire (ovarite fibreuse interstitielle). Elle débute comme ménorrhagie, pour devenir plus tard métrorrhagie, entre les périodes menstruelles. C'est ordinairement une manifestation du tertiarisme. L'A. l'a cependant vu survenir en pleine période secondaire. J. M.

FINGER et LAUDSTEINER : **Recherches sur la syphilis des singes.** (*Arch. f. Dermat. u. Syph.*, t. LXXVIII, p. 335.) — Travail étendu dont nous nous contentons d'indiquer les principales conclusions : En premier lieu, la syphilis est inoculable à des singes inférieurs (hamadryas, macaques), soit que le virus provienne de l'homme, soit qu'il vienne d'autres singes infectés. Mais jamais on n'observe d'accidents secondaires généralisés. L'injection de sérum syphilitique n'a pas procuré l'immunité avec singes inoculés ensuite. F. et L. ont obtenu un résultat positif en inoculant les produits d'une gomme. C. A.

HERZFELD : **Localisation rare d'un chancre syphilitique.** (*Derm. Centralblatt.*, février 1906, p. 134.) — Artiste de 23 ans, atteint de syphilis secondaire. Chancre typique situé environ à 1 cm. 1/2 derrière le rebord dentaire supérieur, sur la ligne médiane, s'étendant vers la gauche, presque circulaire, de la grandeur d'une pièce de 10 cent. américaine. Adénite cervicale bilatérale, mais surtout prononcée à gauche, se prolongeant jusqu'à la région sous-maxillaire. Pas d'origine connue. J. M.

HOFFMANN : **Communications et démonstrations sur la syphilis expérimentale, le spirochæte pâle et les autres espèces de spirochætes.** (*Derm. Zeitschr.*, août 1906, p. 561, 1.) — Inoculations avec le suc de ponction des ganglions : positives ; 2° Inoculations avec le sang syphilitique : la virulence se perd très vite. Il faut de 2 à 5 c.c. Résultats non constants: 3° Inoculation de syphilis tertiaire : incubation de 27 jours, mais résultats positifs en séries ; 4° Inoculation avec le liquide spinal ; 32 jours d'incubation. Un cas positif : un 2e reste négatif. 5° Inoculations avec le sperme ; 2 cas négatifs, un douteux : 6° Inoculations avec les organes et le sang du

singe : un résultat positif avec la rate et le suc ganglionnaire d'un animal mort 2 mois après l'infection et un avec le sang ; 7° Phénomènes généraux chez les singes inférieurs, syphilides assez rares ; 8° Inoculations au lapin, deux positives sur la cornée et son rebord. La réaction locale est plus intense que chez le singe. H. emploie pour déceler le spirochæte la méthode de Weidenriech par l'acide osmique. Le sérum de syphilitiques arrête les mouvements du spirochæte pallida et tendrait à les agglomérer. Les autres spirochætes (balanite, bouche), présentent une membrane ondulatoire et une grande flexibilité du corps, qu'on augmente et conserve par l'addition de solution de sérum physiologique ou de bouillon. Les spirochætes de la balanite, des dents, de l'angine de Vincent, présentent les fils terminaux décrits par Schaudinn dans le pallida. (Méthode de Loffler). J. M.

C. Leiner : **Sur la chute des cheveux dans la syphilis héréditaire.** (*Arch. f. Derm. u. Syph.* t. LXXVIII p. 239.) — Dans la syphilis héréditaire, on peut observer des alopécies diffuses ou circonscrites semblables à celles qu'on rencontre dans la syphilis acquise de l'adulte. 3 cas de 9 mois, 7 et 8 semaines. C. A.

Lieven. **Contribution à l'étude de la syphilis gommeuse du nez.** (*Derm. Centralb.* mai 1906, p. 226.) — Deux observations de syphilis nasale tertiaire avec ébranlement d'une seule dent (l'incisive supérieure). Ce phénomène avait été rapporté au traitement, parce qu'il était survenu dans le cours de frictions mercurielles. L'absence de tout autre phénomène buccal aurait dû faciliter le diagnostic. Le peu d'étendue de l'ulcération du nez prêtait à confusion. L. insiste sur l'importance de l'examen de l'état des dents dans toute affection spécifique du plancher nasal. J. M.

Lilienthal : **Santyl, antiblennorrhagique interne non irritant.** (*Derm. Zeitschr.*, juillet 1906, p. 499.) — C'est une huile presque inodore et insipide de couleur jaune clair qui contient 60 % d'huile de santal uni à de l'acide salicylique. Il n'est pas plus irritant que l'huile d'olives et se décompose après avoir traversé l'estomac, sans l'irriter ; il ne provoque aucune douleur de reins ; l'air expiré n'a pas d'odeur désagréable, comme il arrive si souvent à ceux qui prennent du santal. L. a ainsi traité 50 blennorrhagies sous formes de gouttes (XX gouttes, 3 fois par jour après les repas). Les douleurs sont très vite calmées. Les érections douloureuses disparaissent généralement. On y joindra un traitement local dans l'uréthrite antérieure. Dans l'uréthrite postérieure, le Santyl seul peut suffire. Le ténesme de la cystite disparaît. Pas de complication d'épididymite, mais 3 fois de la prostatite. Au résumé, le santyl a les mêmes propriétés curatives que les autres préparations de santal, mais il est nécessaire comme pour tout autre balsamique de leur adjoindre un traitement local. J. M.

B. Lipschutz : **Sur la pathogénie du bubon vénérien.** (*Arch. f. D. u. Syph.*, t. LXXVII, p. 190 etc.). — Cet article considérable, répart. entre 2 numéros des *Archives* résume toutes les recherches relatives à la pathogénie du bubon du chancre simple. Il y joint ses recherches personnelles. Il conclut que les bubons sont stériles ou bacillaires, et que le bubon chancreux n'est rien autre que l'expression clinique de l'état bacillaire avec virulence spéciale du bacille. Il y a identité anatomique entre bubons stériles et bubons bacillaires ; toutefois, il peut se produire des différences dans l'intensité des lésions, soit au point de vue du nombre des ganglions atteints, soit à celui du degré de destruction du tissu de ces ganglions. C. A.

K. Marcus : **Un cas de syphilis secondaire des veines.** (*Arch. f. Derm. u. Syph.*, t. LXXVII, p. 43.) — L'examen histologique d'un fragment de saphène interne atteinte de phlébite au cours d'une poussée de syphilis secondaire montre que la phlébite débute sur les couches les plus superficielles de l'intima ; elle se manifeste sous forme de petits nodules ronds, offrant des altérations histologiques considérables, sans thrombose ; celle-ci, évidemment, se produit secondairement. Les lésions ont leur maximum au voisinage des valvules. Au-dessous de la peau, on voyait, en outre, de petits foyers d'infiltrations périphlébitiques. En un point, un de ces nodules était bourré de cellules géantes. C. A.

Moutot : **Sur la coexistence de lésions syphilitiques tertiaires avec le tabes.** (*Bulletin médical*, 17 février 1906.) — M. n'a pu relever dans la littérature médicale que 71 cas de tabes coexistant avec des accidents de syphilis tertiaire. Cette coexistence est donc rare. Dans ces faits d'association le tabès ne paraît se distinguer en rien dans son évolution du tabès vulgaire, sinon par sa fréquence d'apparition assez précoce. Les accidents tertiaires ne diffèrent pas de ceux observés normalement à la même période d'évolution de la syphilis ; cependant, ils sont souvent très tardifs. Ce tabès ne met nullement à l'abri de leur apparition. On ne peut se prononcer sur la question de la virulence dans ces cas. Ils ont une grande valeur pathogénique au point de vue de la nature syphilitique du tabès, surtout quand il s'agit de syphilis ignorées. Si le traitement spécifique, légitimé par l'accident tertiaire, peut être d'une action efficace et curative sur le tabès au début, il reste sans action sur le tabès combiné. M. D.

Solger : **La biologie de l'hérédité ; son importance au point de vue de la syphilis.** (*Derm. Zeitschr.*, août 1906, p. 555.) — Dans la fécondation, les deux cellules germes ne se confondent pas absolument en une cellule-fille. la cellule du sperme comme la cellule de l'œuf subissent un peu avant encore une scission, différente des mitoses ordinaires, car ici il n'y a que la moitié des chromosomes ordinairement expulsés, qui soit éliminée. La cellule germe est ré-

duite à la moitié de son contenu (division par réduction). Il ne s'unit donc qu'une cellule de sperme de demi-force avec une cellule œuf de demi-force également pour former une nouvelle cellule qui contient l'ancienne quantité de chromosomes : une moitié provient de l'organisme du père, l'autre de celui de la mère. L'embryon résulte du mélange des deux. Ce processus de réduction donne lieu à des combinaisons variées, ce qui explique les modifications de l'hérédité. Pour S. il n'y a pas, en général, de syphilis héréditaire. Qu'un spermatosome chargé de virus syphilitique arrive une fois à fécondation, cela n'a rien à faire avec le problème de l'hérédité ; c'est un mode exceptionnel d'infection et rien de plus. La cellule-germe hérite aussi peu du virus syphilitique à l'intérieur du corps, et l'hérite aussi peu des autres qu'un adulte hérite du facteur de la syphilis d'un autre adulte. On ne peut hériter que d'une disposition à une maladie ; il en est de même de la syphilis. L'un en souffre plus, l'autre moins. Cela dépend de la virulence du germe, mais aussi du degré de sensibilité du sujet infecté. Il semble qu'avec le temps, nous nous immunisions un peu. Les syphilitiques graves souffrent d'une intoxication générale de tous les tissus et humeurs, d'où troubles dans la formation des cellules germes donnant lieu à des lésions de développement chez l'embryon. La syphilis de l'enfant est la suite de celle des parents, mais ce n'est pas une syphilis héréditaire. Si l'enfant vit, il n'est pas syphilitique ; on doit le considérer comme un exemple de phénomènes de dégénérescence, comme on en voit dans la descendance des tuberculeux ou des alcooliques, sans qu'on ose nommer un épileptique un hérédo-alcoolique ou un scrofuleux, un hérédo-tuberculeux. Mais ce sont des choses absolument distinctes de ce que l'on comprend en syphiligraphie sous le nom de syphilis héréditaire. Ici la solution de la question réside toujours dans la preuve de l'infection, le contrôle de l'ovule restant impossible. Les auteurs disent : si nous pouvons affirmer qu'une mère saine a d'un père syphilitique des enfants syphilitiques, ce sont des enfants hérédo-syphilitiques. Non, dit S., il n'y a pas de syphilis héréditaire. C'est une *contradictio in adjecto.*

TOMASCZEWSKI : **Recherches sur le bubon du chancre simple.** (*Arch. f. Derm. u. Syph.*, t. LXXI, p. 113.)—Une première partie est consacrée à une observation d'adénite qui put être examinée dès le début et où T. constata du streptobacille (comme Audry, etc.). Dans la seconde, il étudie des bubons plus anciens. La culture lui montra que le streptobacille, et lui seul, se rencontre dans la plupart des bubons, et cela dans la proportion de 40 % de ceux qu'il a examinés. Ainsi, il ne paraît pas douteux que le bubon est bien dû à l'action du streptobacille. Quant aux bubons avirulents, la température les explique, car (conformément aux observations d'Aubert), le microbe ne se développe plus au-dessus de + 38°. Au point de vue pratique, il faut faire de l'expectation. Au début,

l'organisme pouvant triompher du microbe (fièvre etc.), l'application locale de la chaleur peut-être efficace. Si l'on opère, il faut procéder comme en présence d'un chancre et user d'iodoforme. Bibliographie très étendue. C. A.

Trilla : **Un cas de gomme syphilitique de la base du crâne avec autopsie.** (*Rev. Esp. de Derm., y Sif.*, mars 1906, p. 112.) — H. marié, 26 ans, typographe, de bonne santé habituelle. Début en 1901, par une céphalalgie frontale continue qui allait en augmentant lentement d'intensité à mesure que le jour décroissait jusqu'à empêcher le sommeil nocturne. Diminution au bout de 3 ou 4 heures. Sommeil, soulagement absolu du matin jusque vers les dix heures, moment où les phénomènes recommencaient dans le même ordre de succession. Puis vinrent la diminution de l'ouïe, des vertiges, des bourdonnements d'oreilles, des vomissements, des troubles oculaires. Après des alternatives de mieux et de pis, paralysie. Diagnostic d'entrée. Tumeur cérébrale probable. Mort le lendemain de son entrée à l'hôpital. La céphalalgie, les vertiges, les vomissements et les bourdonnements d'oreilles parlaient en faveur d'une tumeur de la base du cerveau, d'origine probablement syphilitique. A l'autopsie, tumeur du volume d'un pois chiche, consistante, couleur paille foncée, dans l'espace interpédonculaire avec foyer hémorrhagique de la grandeur d'une noisette de la sylvienne gauche. J. M.

Umbert : **Deux cas d'infection syphilitique dans le cours de la grossesse.** (*Rev. Esp. de Derm., y Sif.*, avril 1906, p. 158.) — 1° F. 24 ans, mariée à un syphilitique, enceinte, sans accidents, de 6 mois 1/2 ; atteinte de chancres infectants des lèvres droites grande et petite. Pas de phénomènes secondaires. Traitement spécifique. Grossesse menée à terme. Accouchement d'une fille absolument saine, à 4 mois, elle ne présente aucun signe de syphilis. Postérieurement à l'accouchement, la mère a présenté des phénomènes secondaires atténués ; 2° F. un peu plus âgée, mère de deux fillettes de 5 et 3 ans, infectée par le mari, nouvelle grossesse normale de 9 mois 1/2 ;chancre de la fourchette. Traitement spécifique. Grossesse menée à terme ; fillette normale ne présentant aucun signe de syphilis à la naissance, mais, au bout de 15 jours, syphilide pemphigoïde plantaire, l'enfant bien développée ayant pu survivre. Il semble donc qu'une femme contagionnée après le milieu du 6e mois de sa grossesse aura un enfant sain, tandis que celui né d'une mère infectée avant cette date sera syphilitique et devra être traité comme tel, quand même il ne présenterait au moment de sa naissance aucun signe de syphilis; autrement dit, tout enfant né d'une mère syphilitique naîtra sain si elle n'a pas présenté au moment de l'accouchement de phénomènes secondaires. On devra donc modifier la loi de Profeta en disant : toute mère dont l'infection syphilitique date d'une époque antérieure à six mois et demi dela



grossesse, n'est pas dangereuse pour son enfant et peut, en conséquence l'allaiter. Mais cependant, par prudence, l'A. recommande l'allaitement artificiel, ou par nourrice ayant eu la syphilis, mais ne présentant plus depuis longtemps d'accidents contagieux, ou en dernier lieu par la mère, en s'entourant des plus grandes précautions.

J. M.

WILD : **Quelques aspects cliniques de la syphilis.** (*Brit. Journ. of Derm.*, mai 1906, p. 161.) — L'A. a pris pour base de son travail 1.000 cas de syphilis observés à l'hôpital de Manchester sur 20.265 malades de la consultation, ce qui donne un pourcentage de 5.17; tandis que sa pratique de ville lui en a donné un de 4.95 (99 sur 2.000 malades). La syphilis héréditaire (76 cas) forme 2 groupes ; le 1er consiste en 60 cas de 12 jours à 2 ans (type à symptômes secondaires) ; le 2e (16 cas) de 3 à 26 ans présentait le type tertiaire et les stigmates de crises antérieures. Aucun ne présentait de dents d'Hutchinson. Les 60 cas infantiles ont été très rapidement améliorés par le mercure (3 morts pendant le traitement, malgré la gravité fréquente des cas). Le traitement du fœtus *in utero* est efficace. Le diagnostic de la syphilide bulleuse avec le pemphigus des nouveau-nés est parfois épineux. Les bullles du pemphigus sont plus larges, plus tendues, sans distribution fixe. La syphilis est plus lente à se déclarer (de 4 à 12 semaines apès la naissance ; 2 à 3 semaines au plus, pour le pemphigus). La syphilis tertiaire des parents peut infecter le produit. Le mercure vaut mieux que l'iodure chez les enfants âgés ou les adultes hérédos, même en cas de lésions ulcéreuses. La proportion de chancres extra-génitaux est considérable (14). W a vu 4 cas de syphilis acquise chez de tout petits enfants (quelques mois à 4 ans). La fièvre syphilitique de la 2e période peut prêter à confusion (pneumonie, variole). W. a vu 2 cas de céphalée à type névralgique. Les syphilides papulo-squameuses étaient les plus fréquentes puis venait la forme maculeuse (roséole). Les syphilides frambœsiformes étaient plus nombreuses, les rupioïdes beaucoup moins. Le purpura a été très peu vu ; W. a noté quelques vésico-papules, 7 syphilides pigmentaires chez des femmes, 2 chez des hommes atteints de tertiarisme. La dermatite séborrhéique coexistait souvent avec les lésions secondaires et compliquait le diagnostic. W. a noté la coexistence de psoriasis, gale, érythème polymorphe, lichen plan. Comme tertiarisme, notons les gommes, des érythèmes nodulaires, asymétriques, guérissant sans cicatrice centrale, souvent associés à des séborrhéides de la face, du cou ou du cuir chevelu, serpigineux ou à progression excentrique et bords ulcérés, centre cicatriciel, sommet pigmenté. Le tertiarisme succède en général, au bout d'une dizaine d'années, à la période secondaire. Il est surtout provoqué par les traumatismes et les inflammations de la peau (séborrhéides, rosacée). La leucoplasie linguale est fréquente, surtout chez les fumeurs. Sur 600 cas de syphilis tertiaire, W. n'a noté que 3 fois des

affections du système nerveux. W. accorde une certaine importance à l'action de la salsepareille sur les ulcérations tertiaires, quand le mercure et l'iodure ont échoué (!) par suite de sa teneur en saponines, glycosides, toxiques d'action puissante sur les globules sanguins. Mais cette action n'a rien de fixe et la salsepareille conservée peut finir par devenir complètement inerte. W. admet le rôle favorable du mercure dans la syphilis, surtout comme préventif des lésions tertiaires et il le donne jusqu'à saturation de l'organisme (stomatite). Il préfère le donner *per os* ; le contrôle serait plus aisé. (bichlorures ou hydrargyrum cum creta), mais il reconnait les avantages des injections intramusculaires dans certains cas spéciaux. Il emploie alors de préférence les sels solubles. Les frictions sont utiles dans les manifestations secondaires graves ; l'absorption se fait mieux par la peau que par la respiration. Le traitement doit être précoce, W. donne le mercure dès que l'adénite paraît. Dans la période secondaire, l'A. continue le traitement pendant 2 ans, avec des intervalles de 3 mois. Il ne donne pas l'iodure avec le mercure, le 1er empêchant l'action du 2e en favorisant son élimination. Sans le tertiarisme, le mercure est utile pour empêcher les récidives,et indiqué contre les éruptions serpigineuses et nodulaires ou en cas de traitements incomplets ou nuls. On doit surveiller son emploi en cas d'ulcérations profondes. L'iodure à hautes doses fait merveille dans ces cas ; lui associer la salsepareille, s'il n'est pas toléré seul, ou la prescrire uniquement. L'iodure n'est pas un spécifique, il permet l'absorption des infiltrations cellulaires. Il est inutile à la période secondaire. On doit le donner à haute dose jusqu'à effet, puis le cesser et prescrire le mercure. Le sel de potasse est le plus actif. On ne néglige pas le traitement de l'état général du malade lui-même (fer, quinine, strychnine, huite de foie de morue, alcool), opium, bromures.) J. M.

THÉRAPEUTIQUE, PRESCRIPTIONS ET FORMULES

Traitement de la rougeur du nez.

(BRUCK)

Le Dr BRUCK (de Berlin) a publié une étude relative à un accident très désagréable pour ceux qui en sont atteints ; il s'agit de la rougeur du nez qui survient subitement chez certains individus (quand ils passent d'une atmosphère froide dans une chambre chaude, quand ils prennent des aliments chauds ou des boissons chaudes, quand ils boivent du vin).

Pour Bruck, la cause en est une diminution de la tonicité des vaisseaux cutanés. Comme moyen thérapeutique, il s'est très bien trouvé de la benzine en application sur le nez ; le froid dégagé par son éva-

(1) BENDER. — Cylindrome de la face récidivé. (*Soc. anat.*, 1903, p. 175).

poration provoque la constriction des vaisseaux.

On doit, pour les applications, employer un tissu qui peut absorber une notable quantité de benzine ; on se servira, par exemple, de plusieurs épaisseurs de mousseline trempées dans la benzine. On les applique, sans frotter, sur le nez pendant peu de temps. L'aspect brillant du nez disparait pour un certain temps ; il redevient pâle et terne. (*Bull. G. de Thér.* avril, 1908.)

Formule de tisane dépurative dans les maladies de la peau.

Bardane....	3 gr.
Gentiane	3 gr.
Pensée sauvage............	3 gr.
Saponaire	3 gr.
Séné épuisé par l'alcool....	3 gr.
Bicarbonate de soude	2 gr.

A faire bouillir pendant un quart d'heure dans un litre d'eau. (*Ibid.*).

Contre les rides précoces.

Lait d'amandes...........	50 gr.
Sulfate d'alumine	4 gr.
Eau de roses...	200 gr.

A appliquer le soir en se couchant. Faire précéder l'application par un bon massage de la face en général et en particulier des endroits où se trouvent les rides. (*Ibid.*).

Pour faire disparaître de la peau les taches de nitrate d'argent.

(FLUCK.)

L'auteur recommande la solution suivante :

Bichlorure de mercure.	} àâ	10 gr.
Chlorure ammonique..		
dans Eau distillée.......		80 gr.

(*Journ. de pharm. d'Anvers* et *Gaz. des Hôp.*).

Nous employons couramment dans le même but, pour l'enlèvement des taches laissées sur le doigt par les instillations au nitrate d'argent, une solution un peu concentrée d'iodure de potassium.

Moyen pratique de faire disparaître les taches d'acide picrique.

Il suffit de se laver avec de l'eau bouillante contenant une forte dose de borate de soude. (*Echo de la Méd. et de la Chir.*).

Formule d'emplâtre pour le traitement abortif du furoncle.

Acide salicyl. pulvér...	2 parties
Emplâtre de savon.....	2 parties
Emplâtre diachylon....	4 parties

Le soufre colloïdal en dermatologie

(MAX JOSEPH.)

Les indications du soufre colloïdal ou sulfidal sont les mêmes que celles du soufre commun, par conséquent en première ligne toutes les affections séborrhéiques

Max Joseph recommande dans la séborrhée de la face de laver soigneusement le visage plusieurs fois par jour avec une solution de 2 à 5 p. 100 (on peut aller jusqu'à 10 p. 100) préparée fraîchement autant que possible. On peut employer la formule suivante :

Sulfidal .... 2 à	10 gr.
Eau distillée.	100 gr.
Essence de Néroli	II gt.

F. s. a.

L'auteur recommande tout particulièrement le soufre colloïdal dans le traitement de l'alopécie séborrhéique. Ici, où il s'agit d'arrêter les progrès du durcissement déjà avancé de la gaine radiculaire, la grande faculté de pénétration du soufre colloïdal, reposant sur l'extrême division de ses molécules, joue un rôle très important. La facilité avec laquelle le soufre colloïdal se laisse enlever après son application sur le cuir chevelu, par un simple lavage, est un avantage appréciable pour le malade. Le traitement consiste en un lavage (le matin) avec une solution aqueuse à 10 p. 100 et en une application (le soir) d'un onguent à 10 p. 100 en alternant sur l'une des quatre places du cuir chevelu, que l'on s'est fixées pour un traitement alternatif. La pommade convient tout spécialement, en place d'onguent, pour les malades ayant une chevelure grasse. La cure doit être poursuivie durant des mois. Dans tous les cas, il faut remplacer au bout d'un certain temps l'onguent à 10 p. 100 par la pommade.

Voici les formules que recommande Max Joseph :

Onguent :

Sulfidal	10 gr.
Axonge	45 gr.
Lanoline	45 gr.

F. s. a.

Pommade molle au savon :

Sulfidal	10 gr.
Eau distillée	70 gr.
Savon	30 gr.
Essence de Néroli	II gt.

L'auteur a encore obtenu d'excellents résultats du soufre colloïdal dans l'acné de la face, l'acné indurée rosacée, le pityriasis rosé, etc.

Max JOSEPH. (*Derm. Centr.* 1907, n° 12. *et Gaz. des hôp.* 23 mai 1908.)

Eczéma sec arthritique.

(HŒNIGSMIED)

Lorsqu'il s'agit d'eczémas à répétition récidivants, Hœnigsmied (de Vienne) recommande la formule suivante :

Tannate de bismuth / Oxyde de zinc / Thigénol « Roche »	ãã 10 gr.
Vaseline blanche / Lanoline	ãã 40 gr.

(*Gaz. des Hôp.*).

Pommade pour le traitement des vaginites chroniques.

(DOLÉRIS).

1° Vaseline	20 gr.
Iodoforme	5 gr.
Dermatol	5 gr.
2° Vaseline	25 gr.
Benjoin / Cubèbe / Camphre	ãã 5 gr.

Enduire de l'une de ces pommades un tampon cylindrique et long, que l'on introduit dans le vagin. Ce tampon doit être assez volumineux pour déplisser la muqueuse vaginale et porter la pommade en tous ses points.

La première est plus irritante que la seconde et doit être remplacée par celle-ci s'il se produit de la rougeur et de la cuisson. (*Ibidem.*)

Poudres antiprurigineuses.

1° Chlorhydr. de cocaïne	0 gr. 50
Chlorhyd. de morphine	1 gr.
Orthoforme	5 gr.
Amidon / Talc	ãã 10 gr.
2° Chlorhydr. de cocaïne	0 gr. 50
Menthol	4 gr.
Acide borique	10 gr.
Poudre d'amidon	40 gr.
3° Menthol	2 gr.
Poudre de Benjoin	5 gr.
Oxyde de zinc	10 gr.
Talc de Venise	30 gr.

Porphyriser et mêler intimement. (*Journ. de méd. de Bruxelles*, 8 juillet 1908.)

Contre le prurit vulvaire.

On emploie avec succès des suppositoires vaginaux contenant de l'extrait d'hamamelis virginica. On prescrira :

Ext. d'hamam. virginica	0 à 2 gr.
Beurre de cacao	20 gr.

M. pour f. s. a. un suppositoire vaginal. Faire 6 suppositoires semblables.

Introduire, chaque jour, un ou deux de ces suppositoires.

On peut également prescrire des applications locales d'une pommade à base d'hydrastis. Formuler :

Teint. d'hamam. virginica	2 gr.
Lanoline / Axonge de porc	ãã 10 gr.

M. pour f. s. a. une pommade. Faire des applications quotidiennes ou biquotidiennes de cette pommade. (*Rev. I. de Clin. et de Thér.*, p. 276.)

Contre le prurit anal.

On emploiera de préférence des topiques à base de cocaïne. On prescrira, par exemple :

Oléïnate de cocaïne	0 gr. 2
Beurre de cacao	Q. s.

Pour f. s. a. quatre suppositoires. Introduire, chaque jour, un ou deux de ces suppositoires.

Ou bien :

Chlor. de cocaïne	2 parties
Glycérine	0 gr. 5
Eau distillée	10 gr.

M. — Pour badigeonnages locaux.

Bien entendu que, dans un cas de prurit localisé et tenace, on devra toujours aller à la recherche du sucre dans les urines, surtout chez

les personnes ayant atteint ou dépassé l'âge mûr. (*Ibid.*).

Topique pour hâter la cicatrisation des coupures.

Ce topique, préconisé jadis par le Dr Martin, de Lyon, est composé de :

Teinture d'opium	2 parties
Extr. fluide d'hamamél.	15 parties
Eau distillée.	100 parties

M. — Pour l'usage externe.

On recourra également avec avantage à l'emploi de ce topique, pour le traitement des plaies contuses. (*Ibid.*)

L'Empyroforme : un nouveau médicament antieczémateux.

(Paul Dietz.)

De toutes les maladies de la peau l'eczéma est la plus fréquente, celle que le médecin, spécialiste ou non, est le plus souvent appelé à soigner. Il semble donc paradoxal de proclamer que c'est également celle qui est la plus difficile à traiter et qui, plus que toute autre, exige de la part du médecin cette qualité précieuse qui ne s'apprend dans aucun livre et qu'on a nommée le « coup d'œil médical ».

Cette difficulté a pour cause trois facteurs principaux :

1° La constitution spéciale du sujet ; chez l'un, l'eczéma est dû à une cause fortuite, une irritation de la peau par un agent physique ou chimique quelconque, mais cet eczéma ne s'étendra pas, guérira facilement et ne récidivera point par ce que la peau de ce malade, dont la constitution est bonne, ne constitue pas un terrain vulnérable sur lequel la dermatose évoluerait facilement. Chez l'autre, l'eczéma n'est qu'une manifestation cutanée d'un mauvais état général, de la diathèse arthritique, il évolue sur un mauvais terrain et récidive avec une ténacité désespérante malgré tous les moyens mis en activité pour le combattre :

2° Les différentes étapes que la maladie doit parcourir. En effet, chaque stade de la dermatose, depuis la vésiculation initiale jusqu'à la desquamation finale, demande une intervention différente et qui comprend successivement les divers moyens anti-phlogistiques jusqu'aux substances réductrices proprement dites :

3° La polymorphie des lésions : c'est-à-dire sur le même malade peuvent se rencontrer réunis les divers stades de l'eczéma, par exemple des placards humides sur le tronc et secs sur les membres exigeant chacun une médication appropriée. Quand il s'agit du premier stade, érythémato-vésiculeux, la médication est tout indiquée, c'est aux agents antiphlogistiques qu'il faut avoir recours, aux poudres, aux compresses humides ou aux pâtes de zinc ; s'agit-il, au contraire, de la phase terminale de la maladie, le médicament de choix est le goudron. Mais il y a, entre ces stades initial et terminal de l'eczéma, c'est-à-dire de suintement et de sécheresse, une phase intermédiaire où la peau n'est plus humide à proprement parler, mais toute prête à le redevenir sous l'influence de la plus légère irritation et notamment par l'emploi prématuré du goudron qui est cependant le plus précieux médicament de notre arsenal thérapeutique quand il est employé judicieusement. C'est donc pour cette phase difficile de l'eczéma que je voudrais recommander un médicament qui m'a donné maintes fois des succès vraiment éclatants, je veux dire l'empyroforme. Ce médicament se présente sous forme d'une poudre gris-foncé et constitue une combinaison de goudron avec la formaline ; l'odeur est légèrement empyreumatique.

L'empyroforme agit comme le goudron, c'est un corps réducteur ayant des propriétés hématoplastiques, c'est-à-dire régénératrices de l'épiderme. Il macère l'épiderme hypertrophié et agit favorablement sur les infiltrats profonds en provoquant leur disparition.

Enfin, l'empyroforme calme admirablement les démangeaisons et peut même être employé dans l'eczéma subaigu, suintant, alors que le goudron est absolument contre-indiqué. On l'emploie le mieux sous forme de pâte de zinc à la dose de 5 à 10 p. c. (*Jour. Méd. de Bruxelles*, n° 28, 1908.)

Poudre pour les pieds sensibles.

(MALCOLM MORRIS.)

Pulvériser sur les pieds et dans les chaussettes, la poudre :

Acide salicylique finement pulvérisé	4 gr.
Acide borique finement pulvérisé	30 gr.
Carbonate de chaux	120 gr.

Cette poudre rend aussi service aux personnes qui transpirent des pieds ; ce sont d'ailleurs, le plus souvent, celles qui présentent des pieds sensibles qui sont facilement tuméfiés. (*Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 12 juillet 1908.)

Huile grise.

Formule de la Commission de l'huile grise de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie :

Mercure purifié	40 gr.
Lanoline anhydre	26 gr.
Huile de vaseline purifiée	60 gr.

Cette formule, qui occupera un volume de 100 cc., donne une huile grise sensiblement dosée à 40 centigr. Hg par centimètre cube.

Traitement des gingivites.

Le traitement combattra la cause pathogène (gingivite mercurielle, urémique, tabagique, dentaire, diabétique, etc.) ; il sera à la fois, dans les cas ordinaires, local et interne. A l'intérieur, on prescrira, 4 fois par jour, une cuillerée de la potion suivante :

Chlorate de potasse .. 1 à	4 gr.
Sirop de framboise	30 gr.
Eau distillée	120 gr.

Une cuillerée à soupe toutes les heures.

Des badigeonnages seront pratiqués sur les gencives enflammées avec un des collutoires suivants, 2 à 3 fois par jour :

Teinture de myrrhe	8 gr.
Miel rosat	8 gr.
Extrait de ratanhia	2 gr.
Eau de chaux	45 gr.

Usage externe.

Borax	8 gr.
Teinture de myrrhe	8 gr.
Sirop de mûres	60 gr.

Usage externe.

Borax	6 gr.
Alcool. de rac. de fraisier.	10 gr.
Extrait de bistorte	4 gr.
Extrait de tormentille	4 gr.
Glycérine	40 gr.

Usage externe.

Nitrate d'argent	1 gr.
Eau distillée	20 gr.

Usage externe.

En cas de douleurs, on usera de la cocaïne, de l'antipyrine, des bromures :

Bromure de potassium	2 gr.
Antipyrine	2 gr.
Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 20
Eau distillée	5 gr.
Glycérine	5 gr.

Usage externe.

Des gargarismes seront pratiqués toutes les 2 heures avec des décoctions de pavot (20 p. 1000), de guimauve (20 p. 1000), de feuilles de coca (20 p. 1000), auxquels on ajoute 30 gr. de borate de soude, ou 20 gr. de chlorate de potasse, d'eau boriquée (40 p. 1000). La formule suivante pourra être utilisée :

Teinture de myrrhe	10 gr.
Teint. d'opium camphrée.	4 gr.
Miel rosat	30 gr.
Décoction d'orge	120 gr.

Usage externe.

Eau chloroformée	100 gr.
Eau distillée	200 gr.
Liqueur de Van Swieten	40 gr.
Teinture d'eucalyptus	10 gr.

Usage externe.

Faute de gargarismes, qu'on ne peut pratiquer, ni chez les enfants, ni chez les malades adynamiés, on usera de lavages à l'aide de tampons de coton hydrophile, imbibés d'eau boratée, d'eau de Vichy, d'eau boriquée, chloratée (10 p. 1000).

Dans la gingivite des femmes enceintes, M. Pinard recommande les attouchements avec le liquide suivant :

Alcoolat de cochléaria. }	
Hydrate de chloral. }	āā 15 gr.

Des auteurs ont conseillé, dans la gingivite des femmes enceintes, de légères scarifications des parties

malades. C'est ouvrir de la sorte une porte d'entrée aux produits septiques contenus dans la bouche. Des gargarismes fréquents, suivis, si l'inflammation est rebelle, d'attouchements à l'acide chromique à 1 p. 10, matin et soir, modifieront favorablement la gingivite des femmes enceintes.

La cautérisation ignée sera employée contre certaines gingivites à forme fongueuse et hypertrophique.

Dans la gingivite ulcéreuse, on recourra au traitement habituel des stomatites. Outre l'emploi du chlorate de potasse à l'intérieur, on ordonnera, dans la gingivite ulcéro-membraneuse, des attouchements au bleu de méthylène en solution saturée ; la gingivite aphteuse sera tout de suite améliorée par les lavages au salicylate de soude (10 %). La gingivite mercurielle sera amendée par un attouchement iodo-ioduré :

Iode	1 gr.
Iodure de potassium	1 gr.
Eau distillée................	2 gr.

(*Memento thér. des Praticiens*).

Traitement des chéloïdes par l'électricité.

(Darcourt.)

La plupart des modalités électriques ont été appliquées au traitement des chéloïdes : le courant galvanique, l'effluve de haute fréquence, l'électricité statique, les rayons X. C'est dire la difficulté que l'on éprouve à faire disparaître ces productions cornées, dont l'inconvénient est si grand au point de vue esthétique et au point de vue fonctionnel.

Si l'effluve de haute fréquence et les rayons X semblent avoir été utilisés avec quelques succès, cependant, c'est le courant galvanique qui donne encore les résultats les plus rapides et les plus certains. Les propriétés électrolytiques de ce courant permettent de comprendre facilement son mode d'action.

Mais, si l'on est d'accord pour reconnaître les modifications heureuses produites par le courant galvanique sur les chéloïdes, les auteurs diffèrent sur le mode d'application, et chacun propose une méthode différente. C'est ainsi que Brocq fait une véritable électrolyse du tissu cicatriciel. A cet effet, il se sert d'une aiguille reliée au pôle négatif et l'enfonce dans la tumeur, à une profondeur qui correspond à l'épaisseur de la chéloïde. L'intensité du courant est amenée aux environs de 6 à 8 m.A. Il se forme, au pourtour de l'aiguille, une eschare d'un blanc grisâtre. On retire alors l'aiguille, pour recommencer la même destruction un peu plus loin. La durée de chaque piqûre dure environ quinze à vingt secondes.

Ce traitement consiste donc à sillonner la surface de la chéloïde d'une série de piqûres électrolytiques, qui remplaceront la cicatrice rétractile par une cicatrice molle, d'une coloration légèrement plus blanche que celle de la peau.

D'après Brocq, la séance une fois terminée, il convient d'appliquer un emplâtre résolutif, dont l'action vient s'ajouter à celui de l'électrolyse. « D'ordinaire, dit l'auteur de la méthode, l'amélioration progresse d'abord régulièrement ; puis il est fréquent de la voir s'arrêter au bout de quelque temps, même lorsqu'on n'a pas cessé le traitement. Il serait alors inutile de continuer à faire de nouvelles séances d'électrolyse. »

Zimmern préconise le procédé suivant, plus rapide :

« On prend une aiguille isolée et dénudée sur une longueur de 1 cm. 5 à 2 centimètres, suivant la forme et les dimensions de la chéloïde à opérer. On la relie au pôle négatif, et on l'enfonce dans le tissu chéloïdien, parallèlement à la surface cutanée, mais à la limite du tissu sain, là ou la chéloïde marque sa saillie. On circonscrit alors la périphérie de la tumeur par une série de piqûres et ainsi de suite jusqu'à ce qu'on ait obtenu un affaissement notable de la tumeur.»

Le procédé que j'emploie diffère totalement de ceux décrits ci-dessus. J'ai été amené à l'adapter à la suite d'objections particulières. Ayant été appelé plusieurs fois à traiter des cicatrices douloureuses par le courant électrique, je remarquai que le courant galvanique, en

même temps qu'il agissait sur le phénomène douloureux, amenait, peu à peu, le ramollissement puis la disparition de la cicatrice elle-même. C'est ainsi que des cicatrices dures, rétractiles, étaient remplacées, au bout d'un temps plus ou moins long, par des cicatrices molles et à peine visibles,en même temps que disparaissait la douleur, dont elles étaient le siège.

Depuis, j'eus l'occasion d'appliquer ce même traitement à des cicatrices très étendues, non douloureuses, et le résultat fut toujours constant. Voici la manière dont j'opère : Une plaque positive indifférente, de large surface, est appliquée sur une partie quelconque du corps, dépendant uniquement du siège de la chéloïde, tandis qu'une plaque négative de dimensions et de forme déterminées par les dimensions et par la forme mêmes de la cicatrice est appliquée sur celle-ci. L'intensité du courant est réglée d'après la susceptibilité du sujet : elle doit être aussi élevé que possible, de 10 à 30 ou 40 m. A., suivant les dimensions de la plaque négative, sans cependant produire jamais d'eschare. Les applications se font tous les deux jours ; elles doivent durer de 20 à 30 minutes. En observant la règle ci-dessus, ces applications ne sont pas douloureuses et peuvent être facilement supportées, même par les enfants.

Sous l'influence du courant galvanique, la substance cornée se ramollit, la cicatrice devient moins dure et moins rétractile. Peu à peu, le tissu scléreux s'élimine et il ne reste plus, à la fin, qu'une surface souple, légèrement plus pâle que la peau et n'ayant plus aucune tendance à la rétraction. (*Marseille méd.* juin 1908.)

Traitement des blépharites.

(TERRIEN).

Traitement local. — Les paupières seront protégées contre la poussière par le port de lunettes fumées (coquilles).

Dans les formes légères, pour combattre la rougeur et la séborrhée du bord palpébral, celui-ci sera lavé à l'eau bouillie additionnée de sous-carbonate de soude dans la proportion de 1 à 5 p. 100 et de sulfate de zinc dans la proportion de 1 p. 100.

Les croûtes, s'il en existe, seront ramollies à l'aide de compresses trempées dans la solution de cyanure d'hydrargyre à 1 p. 5000. On les enlèvera avec du coton hydrophile mouillé ou à l'aide de la pince à curettes, en procédant avec beaucoup de précaution et de douceur.

On pourra recommander aussi les lavages avec l'eau d'Alibour en solution très étendue (surtout dans la forme ulcéreuse).

Sulfate de zinc	7 gr.
Sulfate de cuivre......	2 gr.
Camphre.............. } Safran................ }	0 gr. 50
Eau distillée...........	300 gr.

(Une cuillerée à soupe pour un verre d'eau bouillie).

Le soir, afin d'éviter la reproduction des croûtes, le bord palpébral sera recouvert, à la racine des cils, d'une couche de pommade, soit la pommade au bioxyde jaune ou la pommade au précipité rouge, quelquefois un peu irritante.

Précipité rouge obtenu par voie humide..... } Vaseline neutre .... }	ãã 0 gr. 10
Lanoline	5 gr.

ou la pommade au calomel à 1 ou 2 p. 100.

L'ichtyol et la résorcine méritent aussi d'être recommandés.

Ichtyol....	0 gr. 20
Oxyde de zinc..........	0 gr. 50
Vaseline............ ..	10 gr.

ou bien :

Résorcine	0 gr. 10
Oxyde de zinc.........	0 gr. 50
Vaseline neutre........	10 gr.

Les cils sont épilés et, à un stade plus avancé, les ulcérations qui entourent la base des cils seront touchées avec une solution de nitrate d'argent à 5 ou 10 p. 100.

On se trouve bien aussi quelquefois de l'emploi de la glycérine au sublimé, qu'on applique très soigneusement à l'aide d'un petit tampon effilé, à la surface des ulcérations.

Glycérine .... 20 gr.
Sublimé...... 0 gr. 10 à 0 gr. 50

Le *traitement général* a également une importance très grande, on recommandera une extrême propreté. Les mains toujours sales de l'enfant et souvent portées aux paupières seront fréquemment lavées ainsi que le visage ; on fera tomber les croûtes d'impétigo de la face et du cuir chevelu à l'aide de compresses humides, puis de pommades.

L'hygiène et le régime seront régulièrement surveillés. On recommandera le séjour dans un air pur, les bains salés et fortifiants, les frictions sèches sur tout le corps, etc. S'il s'agit d'un sujet anémique ou scrofuleux, ce qui est presque la règle, on prescrira les toniques : sirop iodotannique, phosphate de chaux, arséniate de soude. Enfin si la blépharite est due à une affection de voisinage (rhinite, conjonctivite, dacryocystite, etc.), celle-ci sera traitée en même temps. (*La Clinique*, 1908.)

VARIÉTÉS

L'éducation sexuelle des jeunes filles en Allemagne.

Dans différents pays, en Allemagne notamment, on a proposé et même décidé de faire aux jeunes gens qui sont sur le point de quitter l'école, des conférences destinées à ébaucher leur éducation sexuelle. A vrai dire, ces conférences visent surtout, comme but, de dévoiler à l'ignorante et insouciante jeunesse les périls auxquels on s'expose en courant les folles aventures de l'amour extra-matrimonial. Le bourgmestre de Steglitz, une localité des environs de Berlin, a fait plus, sinon mieux. Il a chargé un médecin, le Dr Heidenhain, de faire aux jeunes filles de la localité, sur le point de quitter l'école, des conférences sur le rôle de la femme dans le mystérieux drame de la fécondation. Pour ne pas offusquer la pudeur de ses jeunes auditrices, le conférencier a procédé par voie de comparaison, et mis en parallèle les organes de la fécondation, chez les plantes (1) et chez les animaux. Il a réussi, paraît-il, à se faire comprendre sans exciter la moindre désapprobation au sein d'un auditoire qui comprenait un assez grand nombre de mères de famille et d'institutrices. Il faut espérer que les jeunes filles de Steglitz, qui ont bénéficié de cet enseignement complémentaire, ne mettront pas trop de hâte à passer de la théorie à la pratique, en négligeant de se présenter, au préalable, devant un bourgmestre si soucieux de leur procurer l'instruction intégrale. (*Corr. méd.*)

Pour prémunir la jeunesse contre le péril vénérien.

Un généreux anonyme a fait don au journal de médecine suédois *Hygea* d'une somme de 3.000 francs destinée à récompenser les auteurs des deux meilleures brochures populaires ayant pour objet d'initier la

(1) La méthode n'est pas nouvelle. Il y a environ 25 ans, dans des conférences, dont certains de mes amis n'ont pas perdu le souvenir, j'ai traité, devant un public d'employés et d'ouvriers, auquel se mêlaient des femmes, la question de la génération, en commençant par la fécondation des fleurs. H. F.

jeunesse dans la pratique de l'hygiène sexuelle, Les deux prix seront respectivement de la valeur de 2,000 et de 1.000 francs. Pour de plus amples renseignements, s'adresser au Dr G. Nyblin, à Björnlund (Suède). (*Rev. I. de Cl. et de Thérap.*).

Le nombre des syphilitiques admis en traitement dans les hôpitaux d'Allemagne.

Il a été, pendant les années 1877-1879, de 2.538, en moyenne par 100.000 malades hospitalisés, et seulement de 1.525, pendant les années 1898-1901. Pour ces mêmes périodes, la proportion des vénériens (syphilitiques compris) est descendue de 8.855 à 4.121 par 100.000 hospitalisés. (*Ibidem.*)

Epidémie d'urticaire provoquée par l'Aleurobius farinæ.

Les éruptions artificielles présentent toujours des difficultés de diagnostic qui rendent tous les faits de cet ordre intéressants à connaître: Le *Journal de Méd. et de Chir. pratiques* relate une observation publiée par M. le Dr Cambillet dans le *Bulletin Médical de l'Algérie* qui constitue un cas d'éruption artificielle d'autant plus remarquable qu'il s'est montré assez répété pour qu'on ait pu qualifier le fait d'épidémie. Il y eut en effet à Flatters, localité de 260 habitants, 23 cas d'urticaire dont on fut longtemps sans connaître la cause.

C'était un acarien, l'*Aleurobius farinæ*, qui avait pullulé dans une certaine orge, récoltée sur une ferme voisine de Flatters. Toutes les personnes qui ont manipulé cette orge ou qui ont touché les objets en contact avec elle, ont été prises des mêmes démangeaisons. Les hommes qui, plus que les femmes et les enfants, sont appelés à manier les grains, en ont beaucoup plus souffert. Aujourd'hui tout est fini et les colons sont rassurés; mais ils sont avertis et prennent leurs précautions.

La lésion siégeait surtout sur les bras, puis gagnait rapidement le tronc, commençant le soir, intense surtout la nuit. Les papules excoriées par le grattage amenèrent rapidement du prurigo et les malades avaient un peu l'aspect de galeux.

Averti par un propriétaire qui avait été atteint des mêmes accidents, M. Cambillet constata que l'orge ramassée dans les granges présentait à sa surface une poussière rouge qui était constituée par des amas d'un acarien nommé *Aleurobitus farinæ*, parasite qu'on retrouve dans les grains, la farine ou la paille. C'était là la cause de cette urticaire qui a incommodé et surtout inquiété tant de personnes. Les patients, en manipulant leur orge, soit pour les semailles, pour la nourriture de leurs bêtes, se remplissaient les mains d'acariens. Ceux-ci grimpaient le long des bras et provoquaient ainsi les premières démangeaisons; puis, au moment du grattage, ils étaient transportés par les ongles sur les différentes parties du corps où ils renouvelaient les mêmes souffrances. Au bout de quelques heures, faute de pouvoir se multiplier sur la peau, ils mouraient, les démangeaisons cessaient et les patients pouvaient enfin prendre du repos. Mais, le lendemain et les jours suivants, le même manège recommençait avec de nouvelles manipula-

tions de la même orge, qui infestaient encore les mains et les bras de nouveaux parasites.

Le traitement prophylactique consiste à purger l'orge de tous les parasites qu'elle contenait.

Pour cela, le procédé le plus simple consiste à étaler l'orge dans le grenier et à allumer au voisinage un feu de charbon ou de bois.

De la variation de la température des chiens selon le pelage.

(Charles Richet.)

M. Charles Richet a observé qu'il y a en moyenne une différence d'environ un demi-degré entre la température organique des divers chiens, selon qu'ils ont des poils courts ou des poils longs. (*Soc. de Biol.*, 30 mai 1908.)

Sur un « oospora » nouveau dans la langue noire pileuse.

(F. Guégen.)

Dans un cas de langue noire observé chez un vieillard, l'auteur a trouvé,associé au *cryptoccus linguæ pilosæ*, levure à laquelle on attribue actuellement cette affection, un champignon du genre oospora qu'il propose de désigner sous le nom de *Oospora lingualis* en raison de son habitat et qui ne paraît pas exister sur la langue des individus normaux. Il se colore par la méthode de Gram, mais se cultive mal, et de ce fait, l'auteur n'a pu, jusqu'ici, multiplier suffisamment les essais d'inoculation pour élucider complètement le rôle qu'il semble jouer dans la pathogénie de la langue noire. (*Acad. des Sciences*, 11 mai 1908.)

La lèpre au Japon.

Si le Japon est le pays des cerisiers fleuris, le pays des chysanthèmes écarlates, des glycines bleues et des lotus roses, il est aussi le pays du kakké et surtout celui de la lèpre.

Les lépreux sont légion au Japon. Les dernières statistiques du ministère de l'Intérieur indiquent que 40.000 lépreux vivaient dans ce pays en 1905. Ils n'étaient que 23.000 en 1897, 30.000 en 1900. Il y a donc eu une augmentation de 17.000 lépreux dans l'espace de huit ans, ce qui est fort joli chiffre.

Voici en détail les chiffres publiés en 1905 par le ministère de l'Intérieur, au sujet des départements les plus ravagés par la lèpre.

Il est à remarquer que tous ces départements jouissent sinon d'un climat très chaud, du moins d'un climat tempéré. Tous sont situés dans la partie méridionale des îles nippones. Cela tient d'abord à ce que la vie y est moins chère et plus aisée que partout ailleurs ; cela tient ensuite au grand nombre de temples bouddhistes que tous ces départements possèdent. La charité y est donc plus commune, partant la vie moins amère pour les pauvres lépreux. Les départements les moins favorisés sont ceux de Toyama et d'Ishikaiva qui se trouvent sur la côte orientale du Houshin, la grande île nippone. Ces deux dé-

partements jouissent d'un climat très rigoureux; la neige y est fort abondante durant les mois d'hiver. Aussi ne possèdent-ils respectivement que 164 et 203 lépreux. L'île de Yezo, les départements de Yamashi et de Tottosi, les préfectures de Tokyo et de Kyoto possèdent tous un nombre de lépreux inférieur à 270. Près des sources d'eau chaude de Kusatsu, il existe un village de lépreux. Sur les quarante familles dont est composée cette agglomération, deux d'entre elles sont exemptes du joug de ce terrible fléau.

Si le nombre des lépreux, encore que très élevé, ne nous étonne pas, les statistiques du ministère de l'Intérieur, n'ont rien de bien rassurant; d'après elles, il y aurait 999.300 Japonais qui de loin ou de près seraient plus ou moins apparentés avec la lèpre. Ainsi, si le nombre de véritables lépreux n'est que de 2.765 dans le département de Kumamoto, ceux qui, un jour ou l'autre, peuvent le devenir sont 52.045 et ils logent dans 10.405 maisons. Or, le département en question compte une population totale de 1·198.000 habitants. La proportion est donc de 1 lépreux pour 433 personnes, alors qu'une personne sur 23 est susceptible d'attraper ce mal.

Détail à noter, la lèpre ne se déclare jamais chez les enfants ayant moins de dix ans. Peu nombreux sont les lépreux qui deviennent très vieux.

Mais détail encore plus important à noter : jusqu'à ce jour, le gouvernement impérial japonais, toujours prodigue de déclarations humanitaires, n'avait fait aucun effort sérieux et charitable pour procurer un bien-être quelconque à ces pauvres déshérités que sont les lépreux. Ceux-ci chassés maintes fois par des populations hostiles, inhospitalisés par le gouvernement, menaient une existence misérable, et nombreux étaient ceux d'entre eux qui périssaient dans une extrême misère. A la louange des communautés européennes des ports de Yokohama, de Kobé et de Nagasaki, à la louange des pasteurs protestants et des missionnaires catholiques, les lépreux ont trouvé un accueil bienveillant auprès des Occidentaux et l'on peut dire avec exactitude que ces derniers ont été les seuls à s'intéresser à la situation malheureuse et digne de compassion des nombreux lépreux qui vivent au Japon. (*Bull. Gén. de Thérap.*, 15 juillet 1908.)

BIBLIOGRAPHIE

—

HENRI PÉLON : **Thérapeutique hydro-minérale des maladies vénériennes.** (1 vol. 400 p. de Rudeval. édit., Paris.)

Après un chapitre historique, l'auteur montre tout d'abord l'impuissance et l'inutilité de la cure hydro-minérale employée seule, soit comme moyen de diagnostic, soit comme moyen de traitement vraiment spécifique.

La cure hydro-minérale doit se proposer un double but : 1° redresser l'état constitutionnel ; 2° remonter l'état général. Pour les malades dont l'état constitutionnel s'accompagne de ralentissement de la nutrition, l'auteur montre les bons effets des eaux chlorurées sodiques et des eaux sulfurées ; les eaux arsenicales et hyposulfitées trouvent au contraire leurs indications dans le cas d'échanges nutritifs accélérés.

Pour remonter l'état général, lutter contre l'asthénie, l'anémie, la déminéralisation, la cachexie, les symptômes divers d'intoxication. l'auteur tout en reconnaissant les bons effets des eaux ferrugineuses, arsenicales, chlorurées sodiques. dans quelques cas, montre qu'une place prépondérante doit être faite aux eaux sulfurées dans le traitement de ces divers états morbides, car à côté de leur utilité touchant le malade il faut considérer la part qui leur revient dans le traitement de la maladie elle-même. Elles augmentent la puissance solubilisatrice du sang vis-à-vis des sels mercuriels : elles agissent en outre sur les composés insolubles qui sont demeurés dans les organes, foie, reins, ganglions pour les redissoudre et les faire rentrer dans le torrent circulatoire d'où ils seront éliminés. En second lieu elles permettent de pratiquer un traitement vraiment intensif de la syphilis, car elles facilitent l'absorption de doses hydrargyriques élevées sans avoir à redouter d'accidents, et cela, même chez des gens qui s'étaient montrés rebelles à tout traitement. La cure thermale ne doit pas être post-hydrargyrique, mais combinée au traitement mercuriel qui permet la diffusion rapide dans tout le corps du mercure ou de ses composés sans compter l'absence d'accumulation du médicament.

Des trois modes d'administration du Hg. l'auteur donne la préférence aux injections mercurielles solubles. L'iodure de potassium à haute dose pris lors de la cure sulfureuse est, lui aussi, admirablement supporté.

Le traitement hydro-minéral sulfuré, associé à la médication spécifique, sera plus spécialement prescrit devant l'intolérance du malade pour le Hg. lorsque l'infection grave oblige à des doses fortes ; en présence d'une infection maligne précoce ; d'accidents du côté du système nerveux ; devant un état général mauvais ; chez les malades rebelles à un traitement régulier ; dans la grossesse syphilitique ; dans la syphilis héréditaire ; d'ailleurs à n'importe quel moment de son infection, le syphilitique tire le plus grand bien d'une cure hydro-minérale combinée. Luchon, conclut l'auteur, répond à toutes les indications thérapeutiques que l'on demande à la cure hydro-minérale.

Dans un dernier chapitre l'A. montre les bons effets des eaux sul-



fureuses sur les diverses manifestations blennorragiques (épididymite, cystite, pyélo-néphrite, stérilité à la suite de gonococcie, arthropathies).

P. M.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Syphilis du système nerveux.

LOUSTE. — Contribution à l'étude de la paralysie faciale syphilitique secondaire névritique. (*Ann. d. mal. vén.*, n° 3, mars 1907.)

MALLOIZEL et MONIER-VINARD. — Syndrome de Brown-Séquard. Orchite blennorrgagique indolente et syphilides secondaires du côté de l'anesthésie. (*Ann. d. mal. vén.*, n° 2, févr, 1907.)

MARCHAND et OLIVIER. — Syphilis et démence. (*Ann. des mal. vén.*, n° 10, oct. 1907.)

MILIAN. — L'insomnie syphilitique, (*Rev. d. Hôp.*, n° 4, avr. 1908.)

MILIAN. — Diagnostic et traitement de la neurasthénie syphilitique. (*Revue des Hôp.*, n° 5, mai 1908.)

MILIAN. — La surveillance du système nerveux des syphilitiques. (*Journ. méd. Bruxelles*, n° 33, 1907.)

F. W. MOTT. — An address on some recent developments in our Knowledge of syphilis in relation to diseases of the nervous system. (*Brit. med. Journ.*, jan. 4, 1908.)

OCHS. — Spastic cerebral palsy in a heredo-syphilitic child. (Manch. derm. soc ; in : *Journ. of cut. dis.*, may 1908.)

ORQUIGUILEA. — La sifilis como causa de las enfermedades nerviosas. (*Rev. esp. d. D. y S.*, T. IX, n° 103, Julio 1907.)

PEYRI. — Un caso de tic en el curso de una syfilis cerebro-espinal. (*Rev. esp. de D. y S.*, t. IX, n° 101, Mayo 1907.)

PLAUT. — Ueber das Vorkommen luetischer Antistoffe in der Cerebrospinalflüssigkeit von Paralytikern. (Berl. Gesell. f. Psych. u. Nervenkr., 5 nov 1906 ; in : *Deut. Med. Zeit.*, 1906, n° 98.)

REYER. —Syphilis of the nervous system. (*Amer. Journ. of Derm.*, July 1906.)

ROBBINS. — Syphilis of the brain and spinal cord. (*Amer. J. of D.*, June 1908.)

SCHUSTER. — Hat die Hg-Behandlung der Syphilis Einfluss auf das Zustandekommen metasyphilitischer Nervenkrankheiten ? (Deustche med. Woch., 1907, Nr 50, et *Fortschr. d. Med.*, Nr 6, 29 Febr. 1908.)

SPILLMANN. — Trois cas de syphilis conjugale avec paralysie progressive consécutive. (*Prov. méd.*, n° 14, 4 avril 1908.)

ANDRÉ THOMAS. — La période prémonitoire de la paraplégie syphilitique. (*Clin.*, n° 51, 20 déc. 1907.)

WINGATE. — Syphilis of the nervous system. (*Amer. Journ. of Derm.*, sept. 1906.)

Early mercury treatment and syphilitic nervous diseases. (*Med. Record*, Febr. 8, 1908.)

Tabès

APERT, LÉVY-FRŒNKEL et MÉNARD. — Tabes et paralysie générale juvéniles par syphilis acquise : tabès de la mère ; tabes et paralysie générale du père. (*Ann. de Méd. et Chir. inf.*, n° 2, 15 janv. 1908.)

BALLET et BARBÉ. — Tabes monosymptomatique. (Soc. de Neurol., 6 févr. 1908 ; et : *Presse méd.*, n° 12, 8 févr. 1908.)

BUXBAUM. — Zur Tabestherapie. (Blätter f. klin. Hydroth. 2, 1907; in : *Monatssch. f. orth. Chir.*, Bd. VII, n° 4, April 1907.)

BYROM BRAMVELL. — An analysis of 263 cases of tabes. (*Brit. med. Journ.* March 21, 1908.)

DANLOS et DEROYE. — Syphilis en activité et tabes chez le même individu (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 9, déc. 1906.)

DUHOT.— Les troubles urinaires dans le tabes. (*Rev. prat. d. mal. d. org. gén. ur.*, n° 22, 1er sept. 1907.)

FAURE. — Tratamiento mercurial de la tabes. (*Rev. esp. d. D. y. S.*, t VIII, n° 94, oct. 1906.)

FAURE. — Opinions sur le traitement mercuriel du tabès. (*Rev. prat d. mal. cut.*, n° 1, janv. 1908.)

FILIPKIEVITZ. — Tabes und Syphilis. (*Pest. Med. chir. Presse*, Nr 21, 26 mai 1907.)

J. GRASSET. — Le tabes, maladie de la sensibilité profonde. (*Province méd.*, n° 13, 28 mars 1908.)

HALLOPEAU. — Sur un cas d'amélioration de tabes sous l'influence d'un traitement mixte par les frictions mercurielles et l'atoxyl. (*Bul. Soc. fr. D. e S.*, n° 1, janv. 1908.)

HEITZ. — Sur le traitement mercuriel du tabès. (Soc. de méd. Paris, 14 févr. 1908 ; et ; *Presse méd.*, n° 15, 19 févr. 1908.)

M. LABBÉ. — Traitement du tabès. (*Journ. de Méd. Paris*, n° 4, 25 janv. 1908.)

LEREDDE. — Sur le traitement du tabès. (*Rev. prat. des mal. cut.*, n° 1, janv. 1908.)

LEREDDE. — Traitement du tabès par les injections mercurielles. (*Soc. de Méd. Paris*, 27 févr. 1908.)

MAAS.— Tabes dorsalis und Mal perforant. (Berl. Gesell. f. Psych., 3 Dez. 1906 ; in : *Deut. Med. Zeit.*, n° 2, 7 janv. 1907.)

J. MAHER. — Hochgradige Deformation des Fusses bei Tabes dorsalis (Pied tabétique). (*Pester med.-chir. Presse*, Nr 1, 6 janv. 1907.)

METTLER. — Locomotor ataxia in relation to excessive venery. (*Amer. Journ. of Derm.*, June 1907.)

MILIAN. — Le traitement étiologique du tabès. (*Progrès méd.*, n° 25, 20 juin 1908.)



SANZ. — Tabes dorsal y paralisis general. (*Rev. esp. d. D. y. S.*, T. VIII, nº 96, déc. 1906.)

STEFANI. — Le tabès ostéo-articulaire précoce. (*Gaz. d. Hôp.*, 25 févr. 1908.)

Traitement du tabes par les injections intramusculaires de lécithine. (*Sem. méd.*, nº 5, 29 janv. 1908.)

La tiodine contre les scléroses et le tabès. (*Journ. de Méd.* Paris, nº 6, 8 févr. 1908.)

Réinfection syphilitique.

BREW. — A case of reinfection of syphilis. (*Amer. Journ. of Derm.*, Febr. 1906.)

BREW. — Reinfection with syphilis ; report of a case with hereditary syphilis in the child. (*Med. Rec.*, July 27, 1907.)

LE DUFF. — De la réinfection dans la syphilis. (*Thèse*, Paris, 1908.)

A. RENAULT. — Accidents secondaires prolongés ou réinfection syphilitique. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, nº 6, juin 1908.)

G. K. SWINBURNE. — Clinical reports : *a*) A case of syphilitic reinfection ; *b*) Cases of syphilis insontium. (*Journ. of cut. dis.*, oct. 1907.)

Syphilis. — Varia

ASHMEAD. — Syphilis in relation to Crime. (*J. of cut. dis.*, déc. 1906.)

AUDRY. — De la syphilomanie et de la syphilophobie. (*Ann. de. D. et S.*, nº 3, mars 1908.)

BALLENGER. — Does syphilis spontaneously abort ? (*Amer. Journ. of Derm.*, sept. 1907.)

BAYET. — Observations sur 2.250 cas de syphilis observés à Bruxelles. (*Bul. Soc. belge D. et S.*, nº 1. 1906-1907.)

BODIN. — Enseignement de la dermatologie et de la syphiligraphie pour le praticien et pour le spécialiste. (*Rev. pr. d. mal. cut.*, nº 3, mars 1907.)

CASTELLS. — Estado moral del sifilicito. (*Rev. esp. de. D. y S.*, t. IX, nº 99, Marzo 1907.)

CUSHING. — Infantile syphilis. (*Amer. Journ. of Derm.*, April 1906.)

DANFORTH. — Is syphilis curable ? (*Amer. Journ. of Derm.*, June 1907.)

DUBOIS-HAVENITH. — Atrophodermie ou syphilis. (*Bul. Soc. belge D. et S.*, nº 1, 1906, 1907.)

FERRUA. — La sifilis maligna precoz. (*Cron. med. mexicana*, nº 1, Enero 10, 1908.)

ALFRED FOURNIER. — En guérit-on ? (*Syph.*, t. IV, nº 7, juil. 1906.)

FREIBERG. — The diagnosis of joint syphilis in children and adolescents. (*Amer. Journ. of. Derm.*, July 1906.)

GAUCHER et LACAPERE. — Syphilis et diabète. (*Ann. d. mal. vén.*, nº 5, mai 1907.)

J. K. GRAHAM. — The influence of syphilis upon health and longevity. (*Amer. Journ. of Derm.*, Febr. 1906.)

GROSSMANN.— Observations intéressantes de la clinique des maladies cutanées et syphilitiques de l'Ecole impériale civile de médecine de Constantino-

ple, pendant l'année 1906-1907. (*Rev. pr. d. mal. cut.*, n° 12, décembre 1907.)

HARTZELL. — A case of syphilis of unusual character. (Philad. derm. Soc., Jan. 15, 1907 ; in : *Journ. of cut. dis.*, March. 1907.)

HÜBNER. — Ueber moderne syphilis-forschungen. (*Zeitsch. f. Bek. d. Geschl.*, B. V, H. 12, Jan. 1907.)

HYDE. — An unusual case of syphilis. (Chicago derm. Soc ; in : *Journ. of cut. dis.*, May 1908.)

LEREDDE. — L'enseignement de la dermatologie et de la syphiligraphie en France. (*Rev. pr. d mal. cut.*, n° 3, mars 1907.)

LEVADITI. — La question de la syphilis au XIV[e] Congrès d'hygiène et de démographie. (*Presse méd.*, n° 90, 6 nov. 1907.)

LEVADITI et YAMANOUCHI. — Mécanisme de l'incubation dans la syphilis. (Soc. de Biol., 22 févr. 1908 ; in : *Presse méd.*, n° 17, 26 févr. 1908.)

LOPEZ. — Caquexia sifilitica. (*Rev. esp. de D. y S.*, t. IX, n° 100, Abril 1907.)

MARRE. — Rachitisme et syphilis. (*Clin.*, n° 5, 31 janv. 1908.)

MOODY. — Syphilis : its diagnosis and treatment. (*Amer. Journ. of Derm.*, Jan. 1906.)

A. NEISSER. — The present position of our knowledge of the etiology of syphilis. (*Amer. Journ. of Derm.*, Febr. 1907.)

NEWMAN. — Syphilitic fever, with report of a case. (*Med. record.*, Jan. 25, 1908.)

NICHOLS. — The etiology of syphilis. (*Amer. Journ. of Derm.*, April 1906.)

OHMANN-DUMESNIL. — The stages of syphilis. (*Amer. Journ. of Derm.*, April 1906.)

OZENNE. — Syphilis et cancer. (*Soc. de méd.*, Paris, 9 nov. 1907.)

POLLITZER. — Syphilis. (N. Y. Acad. Med., May 7, 1907 ;in : *Journ. of cut. dis.*, Aug. 1907.)

POROSZ. — Besondere syphilis fälle. (LXXXIX, B. 2 H., Febr. 1908.)

POST. — Syphilis. (Boston derm. soc. : in : *Journ. of cut. dis.*, Jan. 1907.)

RICHELOT. — Syphilis et cancer. (Soc. de Méd. Paris, 14 déc. 1907 ; in :*Gaz. des Hôp.*, p. 1736.)

ROBISON. — The duration and possible curability of syphilis. (*Amer. Journ. of. Derm.*, sept 1906.)

ROBBINS. — Syphilis of the vital organs. (*Amer. Journ. of Derm.*, Febr. and March 1907.)

SCHULIN. — The pathology of syphilis. (*Amer. Journ. of Derm.*, May 1907.)

C. M. SMITH. — A case of syphilis. (Boston derm. Soc., nov. 1906 ; in : *Journ. of cut. dis.*, May 1907.)

C. M. SMITH. — Syphilis ? A case for diagnosis. (Boston derm. Soc., Febr. 1907 ; in : *Journ. of cut. dis.*, sept .1907.)

STANZIALE. — Le alterazioni sifilitiche della placenta. (*G. it. d. mal. ven.*, fasc. III, 1906.)

UMBERT. — El pronostico de la sifilis. (*Rev. esp. d. D. y S.*, t. VIII, nov. 1906, n° 95.)

VÖRNER. — Syphilis et hémorrhagies. (*Rev. pr. d. mal. cut.*, n° 12, déc. 1905.)

WARREN. — Syphilis. (N. Y. Soc. of derm. ; in : *Journ. of cut. dis.*, oct. 1906.)

WALLIN. — Diagnostic difficulties due to syphilis. (*Amer. J. of D.*, June 1908.)

WEBER. — Syphilis and longevity. (*Amer. Journ. of Derm.*, Aug. 1906.)

WHITEHOUSE. — A case of syphilis. (N. Y. derm. Soc., Febr. 26, 1907 ; in : *J. of cut. dis.*, May. 1907.)

WILD. — Some clinical aspects of syphilis. (*Brit. J. of. D.*, May 1906.)

Huile grise et calomel

ALLAIRE. — Traitement de la syphilis par les injections d'une préparation indolore de calomel. (Baillière et fils, Paris, 1906.)

DE AZUA. — Préparation de calomel, de salicylate de mercure, de l'oxyde jaune de mercure, pour les injections, selon la formule de l'huile grise de Lang. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 2, févr. 1908.)

DANLOS. — Pharmacologie de l'huile grise. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 5, mai 1907.)

DANLOS. — Réponse à M. Lafay au sujet d'une nouvelle formule d'huile grise. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 5, mai 1907.)

DUHOT. — Le traitement intensif et abortif de la syphilis réalisé par les injections d'huile grise. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 5, mai 1907.)

DUHOT. — Hémiplégie d'origine syphilitique traitée par les injections d'huile grise. (*Bul. Soc. bel. D. et S.*, n° 3, 1905-1906.)

DUMESNIL. — Sur les huiles injectables mercurielles, huile grise et huile au calomel. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 1, janv. 1908.)

EMERY et DUMESNIL. — Note sur la préparation et l'action comparée de diverses huiles grises. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 4, avr. 1908.)

EMERY. — Modifications à apporter à la posologie de l'huile grise. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 5, mai 1907.)

EMERY. — De l'emploi de l'huile grise dans le traitement de la syphilis (*Ann. d. mal. vén.*, n° 1, janv. 1907.)

ETIENNE. — Note sur les injections d'huile grise. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 5, mai 1907.)

EUDLITZ, LAFAY et LÉVY-BING. — Une nouvelle préparation de calomel injectable. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 10, nov. 1907.)

A. FOURNIER. — Réflexions sur l'huile grise. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 5 mai 1907.)

E. FOURNIER. — Considérations sur les injections d'huile grise. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 5, mai 1907.)

HALLOPEAU. — Nouvelle seringue à injection d'huile grise. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 10, nov. 1907.)

HALLOPEAU. — Note sur les injections d'huile grise. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 5, mai 1907.)

JULLIEN. — Deux mots sur l'huile grise. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 5, mai 1907.)

LAFAY. — Contribution à l'étude du calomel concentré à 40 %. (*J. de méd. de Paris*, n° 8, 22 févr. 1908.)

Lafay. — Le calomel à 40 p. 100 et l'unification du titrage des préparations mercurielles insolubles. (*Bul. Soc. méd. Paris*, n° 4, 27 févr. 1908.)

Lafay. — Le titrage à 40 p. 100 des préparations mercurielles insolubles. (*La. Clin.*, n° 18, 1er mai 1908.)

Lafay. — Rapport de la Commission de l'huile grise. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 11, déc. 1907.)

Lafay. — Etude d'une nouvelle formule d'huile grise. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 5, mai 1907.)

Lafay. — Pharmacologie de l'huile grise. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 5, mai 1907.)

Lafay. — Avantages du calomel à 40 p. 100. (Soc. de méd. Paris, 27 févr. 1908 ; in : *Presse méd.*, n° 19, 4 mars 1908.)

Lang. — Sur l'huile grise. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 1, janv. 1908.)

Milian. — L'huile grise. (*Progrès méd.*, n° 49, 7 déc. 1907.)

Milian. — La technique des injections d'huile grise. (*Progrès méd.*, n° 9, 29 févr. 1908.)

Milian. — Le siège des injections d'huile grise. (*Progrès méd.*, n° 5, 1er févr. 1908.)

Queyrat. — Injections d'huile grise et stomatite mercurielle. (*Bul. Soc. méd. Hôp.*, n° 14, 16 avr. 1908.)

Renault (A.). — Considérations sur l'emploi de l'huile grise dans le traitement de la syphilis. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 5, mai 1907.)

Les injections d'huile grise. (*Monde méd.*, 1908, p. 432.)

Atoxyl

Brachmachari. — Sporadic kala-azar in Calcutta, with notes of a case treated with atoxyl. (*Brit. med. Journ.*, 30 may 1908.)

Dardel. — Atoxyl in the treatment of syphilis. (*Amer. J. of. D.*, June 1908.)

Levaditi et Yamanouchi. — Mécanisme d'action de l'atoxyl dans la syphilis expérimentale du lapin. (Soc. de Biol., 30 mai 1908 ; in : *Sem. méd.*, n° 23, 3 juin 1908.)

A. Neisser. — Atoxyl bei Syphilis und Framboesie. (*D. med. Woch.*, n° 38, 1907.)

Gaucher et Louste. — Syphilis soignée pendant un an par l'atoxyl avec insuccès complet et devenue grave à cause de l'absence de traitement spécifique. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 4, avr. 1908.)

Hallopeau.—L'atoxyl dans la syphilis. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 5, mai 1908.)

Hallopeau. — Présentation et discussion d'observations de M. A. Renault relatives à l'action préventive des injections locales d'atoxyl au début de la syphilis. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 6, juin 1908.)

Hallopeau. — Nouvelle note sur l'emploi de l'atoxyl dans la syphilis, la tuberculose et la lèpre. (*Bul. gén. de thérap.*, 8 nov. 1907.)

Hallopeau.— Nouveau fait en faveur de l'action préservatrice de l'atoxyl contre les manifestations secondaires de la syphilis. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 6, juin 1908.)

HALLOPEAU et RAILLIET.— Cas de lèpre et de syphilis améliorés pa: l'an- arsinate de soude. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 9, juil. 1907.)

HALLOPEAU et RAILLIET. — Sur deux cas de syphilis retardés dans leur évolution par des injections localisées d'atoxyl entre le chancre et son gan glion satellite. (*Bul. S c. fr. D. et S.*, n° 2, févr. 1908.)

DI MASO. — Ricerche sull'azione dell'Atoxii nella sifilide. (*Giorn. ital. d. mal. ven.*, fasc V, 1907.)

NEISSER. — L'atoxyl dans la syphilis et la framboesia. (*Deutsche med. Woch.*, n° 43, 24 oct. 1907.)

K. OPLATEK. — Uber Atoxyl, mit besônderer Berücksichtigung des biologischen Arsennachweises bei dessen Avwendung. (Arch. f. D. u. S., 81, 2 mars ; in : *Deut. med. Zeit.*, 1906, n° 97.)

SALMON. — L'atoxyl à titre préventif contre la syphilis. (Soc. de l'Internat des Hôp. de Paris, 25 juin ; in : *Presse méd.*, n° 54, 4 juillet 1908.)

L'atoxyl dans le traitement de la syphilis. (*Journ. de méd. Paris*, n° 15, 11 avril 1908.)

Atoxyl et syphilis. (*Gaz. h. d. Sc. méd. de Bordeaux*, n° 50, 15 déc. 1907.)

Accidents du traitement de la syphilis

ALMKVIST. — Ueber die Pathogenese der merkuriellen Colitis und Stomatitis. (*Derm. Zeitsch.* B. XIII, H. 12, Dez. 1906.)

O. CLAUDE et DOBROVICI. — Cinq cas de mort à la suite d'injections d'huile grise. (*Ann. d. mal. vén.*, n° 2, sept. 1906.)

J. FERRAND. — De la néphrite syphilitique secondaire aiguë et de son traitement par le mercure. (*Gaz. des Hôp.*, n° 125, 31 oct. 1907.)

GAUCHER et BORY. — La stomatite de l'huile grise. (Soc. méd. d. Hôp. Paris, 27 mars 1908 ; et : *Presse méd.*, n° 27, avril 1908.)

GAUCHER. — Nécrose limitée du maxillaire supérieur à la suite d'injections d'huile grise. (*Ann. d. mal. vén.*, n° 1, janv. 1907.)

GAUCHER et BORY. — De la stomatite gangreneuse et nécrotique consécutive aux injections d'huile grise. (*Bul. Soc. méd. Hôp.*, n° 12, 2 avr. 1908.)

GAUCHER, LOUSTE et BORY. — Nouveau cas de mort à la suite d'injection d'huile grise. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 11, déc. 1907.)

GASTOU. — Les injections d'huile grise. Accidents localisés et généralisés (embolie, grippe mercurielle). (*Ann. d. mal. cut.*, n° 1, janv. 1907.)

HALLOPEAU. — Sur les douleurs provoquées par l'huile grise à haute dose. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 4, avril 1902.)

HÉBERT et LAMOUREUX. — Le bleu de méthyle dans la stomatite mercurielle. Scalpel, août 1907 ; et : *Lyon méd.*, 1908, p. 1908.)

LASSERRE. — Le passif des injections mercurielles. (*Ann. de. D. et.S.*, n° 4, avril. 1908.)

NICOLAS et RIMAUD. — Hydrargyrie cutanée bulleuse. (Soc. méd. d. Hôp. Lyon, 24 mars 1908. ; in : *Lyon méd.*, p. 1150, 1908.)

QUEYRAT. — Injections d'huile grise et stomatite mercurielle. (Bull. méd. 11 avril 1908 ; in : *Rev. de thér. méd. chir.*, 1908, p. 319.)

SCHAMBERG. — Probable mercurial stomatitis. (Phil. derm.-Soc., ; in : *J. of cut. dis.*, sept. 1906.)

E. Sergent. — Sept abcès consécutifs à sept injections de calomel chez la même malade. (*Ann. d. mal. vén.*, n° 1, janv. 1907.)
Hydrargyrie cutanée et bulleuse. (*Lyon méd.*, n° 21, 24 mai 1908.)

Traitement de la syphilis. — Varia

D'Arcy Power.— On recent advances in the surgical treatment of syphilis. (*Brit. med. Journ.*, May 23, 1908.)

Abadie. — Les injections mercurielles dans les affections oculaires dites para-syphilitiques. (Bull. méd., n° 103, 31 déc. 1904 ; et : *Rev. pr. d. mal. cut.*, n° 2, févr. 1906.)

D.Amato. — Di alcune osservazioni riguardanti la terapia idrargirica. (Soc. derm. ital ; in : *Giorn. ital. d mal.,ven.*, fasc. II, 1908.)

De Amicis. — Sulla nessuna efficacia della Roentgenterapia nelle affezioni sifilitiche. (Soc. derm. ital ; in : *Giorn.-ital. d. mal. ven.*, fasc. II, 1908.)

P. Angéli. — Quelques réflexions sur l'action curative du mercure sur les affections syphilitiques de l'œil. (*Journ. des Prat.*, n° 3, 18 janv. 1908.)

Audry. — Note préliminaire sur l'administration du mercure par la voie rectale. (*Ann. de Derm.*, n° 10, oct. 1905.)

De Azua. — Tratamiento minero-medicinal de las dermatosis y sifilis. (*Rev. esp. de. D. y. S.*, t. IX, n° 102, Junio 1907.)

W. F. Bernart. — Complications attending intravenous injections of mercury. (*Amer. Journ. of Derm.*, July 1907.)

Blanco. — Analisis previo de orina en el tratamiento mercurial. (*Rev. esp. d. D. y S.*, t. X, n° 109, En. 1908.)

Boeck. — Contre les ulcérations syphilitiques étendues. (*Journ. de méd.* Paris, n° 6, 8 févr. 1908.)

Bogrow. — Quecksilberausscheidung bei Injektionen vom Salicylarsenat Hydrargyri (Enesol). (*Derm. Centr.*, Dez. 1906.)

L. Bizard. — Le rôle de l'iodure de potassium dans le traitement général de la syphilis. (*Ann. de Thér. D. et. S.*, n° 10, 20 mai 1908.)

Carle. — Essai sur le traitement intensif et précoce de la syphilis traitement dit abortif). (*Lyon méd.*, n° 16, 19 avr. 1908.)

A. Chatin. — Syphilis, mercure et soufre. (*Syph.*, T. IV, n° 7, juil. 1906.)

Chiray. — Le traitement de la syphilis à Aix-la-Chapelle. (*Ann. d. mal. vén.*, n° 2, févr. 1907.)

Citron. — Le traitement mercuriel a-t-il une influence sur la richesse des humeurs soit en antigènes soit en anticorps spécifiques ? (*Rev. intern. de clin. et thér.*, 15 avril 1908.)

Clark. — A discussion of the methods of treating syphilis with especial reference to the inunction method. (*Amer. Journ. of Derm.*, déc. 1905.)

Cowen. — X-Rays in tertiary syphilis. (*Amer. Journ. of Derm.*, déc. 1905.)

Dardel. — The eradicative treatment of syphilis. (*Amer. Journ. of Derm.*, déc. 1907.)

Davidescu. — Contribution à l'étude des voies d'élimination du mercure de l'organisme. (*Ann. des. mal. vén.*, n° 11, nov. 1907.)



DEFINE. — Grave caso di sifilide maligna curato con le polveri del Pollini e con l'atoxyl. (Soc. derm. ital. ; in : *Giorn. ital. d. mal. ven.*, fasc. II, 1908.)

DESMOULIÈRE. — Pharmacologie du lactate mercurique ou lactate neutre de mercure. (*Ann. d. mal. vén.*, n° 5, déc. 1906.)

DESMOULIÈRE. — Les eaux sulfurées dans le traitement mercuriel, recherche du mercure dans l'urine. (*Ann. des mal. vén.*, n° 2, févr. 1908.)

DESMOULIÈRE. — Pharmacologie du benzoate de mercure. (*Ann. d. mal. ven.* n° 1 janv. 1907.)

DUHOT. — Seringue de Barthélemy modifiée pour injections d'huile grise. (*Bul. Soc. bel. D. et S.*, n° 3, 1905-1906.)

EMERY. — Le mercure et l'économie du syphilitique. (*Clin.*, n° 52, 27 déc. 1907.)

EMERY. — Injections locales de sels mercuriels. (*La Clin.*, n° 15, 10 avr. 1908.)

S. EHRMANN. — Die Behandlung der Syphilis mit Mergal. (*Derm. Centr.*, Nr 1, okt. 1907.)

FORNET. — Technique des divers procédés employés pour le séro-diagnostic de la syphilis. (*Sem. méd.*, n° 19, 6 mai 1908.)

ALF. FOURNIER. — Les traitements « en retard ». (*Rev. de thér. méd.-chir.*. 1er déc. 1907.)

FORGUE et H. ROGER. — L'intervention chirurgicale dans la syphilis nécrosante de la voûte crânienne. (*Arch. prov. de chir.*, n° 11, nov. 1907.)

FÜSTER. — Las aguas minero-medicinales de Archena en el tratamiento de a sifilis. (*Rev. esp. d. D. et S.*, n° 113, Mayo 1908.)

GRÜNFELD. — Die Behandlung der Syphilis mit Mergal. (*Arch. f. D. u. S.*, LXXXIX B., 3 H., März 1908.)

GUIARD. — Pilules de sublimé contre la syphilis.(*Journ. de Méd. Paris*, n° 6, 8 févr. 1908.)

GALUP et STODEL. — Syphilide ulcéreuse du poignet, traitée par des injections intra-veineuses de mercure colloïdal électrique. (*Bul. Soc. méd. Hôp.* n° 9, 12 mars 1908.)

F. GARDNER. — La pilocarpine comme adjuvant dans le traitement de la syphilis. (*La Clin.*, n° 36, 6 sept 1907.)

GAUCHER. — Injections sous-cutanées mercurielles contre la syphilis grave, (*Journ. de Méd. Paris*, n° 52, 29 déc. 1907.)

HALLOPEAU. — Traitement de la syphilis. (*Gaz. méd. Paris*, n° 7, 15 juin 1907.)

HALLOPEAU. — A propos du traitement de la syphilis. (Soc. de Biol., 7 mars 1908 ; in : *Presse méd.*, n° 21, 11 mars 1908.)

HALLOPEAU. — Sur l'emploi thérapeutique de l'huile de mercuriol et ses dangers . (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 2, févr. 1908.)

HALLOPEAU. — Sur l'emploi thérapeutique de l'huile de mercuriol et ses dangers. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 2, févr. 1908.)

HALLOPEAU. — Nouveau traitement local de la syphilis dans sa première période. (*Rev. scientifique*, 11 janvier 1908.)

HAMEL. — Traitement des syphilides par les injections mercurielles locales. (*Ann. de D. et S.*, n° 5, mai 1908.)

HARDAWAY. — Die Behandlung der Syphilis. (The therap. Gaz., août 1906 ; n : *Deut. med. Zeit.*, 1906, n° 95.)

HOEHNE. — Ueber die geringe Brauchbarkeit der Syphilis behandlung mit Quecksilber-suppositorien. (*D. med. Woch.*, n° 44, 1907.)

HORAND. — Frictions mercurielles et stomatite. (Soc. de méd. de Lyon, 20 janv. 1908 ; et : *Rev. de thér. méd. chir.*, 1908, p. 319.)

JACQUET et FERRAND. — Lavements iodurés contre la syphilis. (*Journ. de Méd.*, Paris, n° 6, 8 févr. 1908.)

L. JULLIEN. — Treatment of syphilis by hypodermic injections. (*Amer. Journ. of Derm.*, jan. 1907.)

JULLIEN. — Traitement de la syphilis par l'uranate d'ammoniaque. (*Journ. de méd. de Paris*, n° 48, 1 déc. 1907.)

KARWOWSKI. — Zur Tecknik der intramuskulären Hg-Einspritzungent (*Mon. f. pr. D.*, B. 45, n° 1, 1er Juli 1907.)

KOPP. — Zur unentgeltlichen Behandlung Geschlechtskranker, (*Zeitsch. f. Bek. d. Geschl.*, B. VI, H. II, Jan. 1908.)

KROMAYER. — Nouveau procédé d'inhalation mercurielle dans le traitement de la syphilis. (Berl. klin. Wochenschr., 24 févr. 1908 ; in : *Rev. de thér. méd. chir.*, 1908, p. 319.)

LAFAY. — Les solutions aqueuses et huileuses de biiodure de mercure dans le traitement de la syphilis. (*La Clin.*, n° 8, 22 févr. 1907.)

LAROCHE. — Utilité des eaux de Barèges dans la syphilis. (*Ann. des mal. vén.*, n° 9, sept. 1907.)

LEISTIKOW. — Ueber Mergal, ein neues Antisyphilitikum. (*Monats. f. pr. D.*, B. 44, n° 5, 1er März 1907.)

LÉVY-FRANCKEL. — Le lactate neutre de mercure dans le traitement de la syphilis infantile. (*Ann. d. mal. vén.*, n° 5, déc. 1906.)

LANE (J.-E.). Remarks on the treatment of syphilis by intramuscular injections. (*Brit. med. Journ.*, March 21, 1908.)

LOMBARDO. — Nuovo metodo por la dimostrazione isto-chimica del mercurio. (Soc. derm. ital. ; in : *Giorn. ital. d. mal. ven.*, fasc. II, 1908.)

A. MARTIN. — Sobre el tratamiento especifico en enfermedades no sifiliticas (*Rev. esp. d. D. y S.*, t. VIII, n° 93, sept. 1906.)

MARTINET. — Les pilules mercurielles. (*Presse méd.*, n° 91, 9 nov. 1907.)

A. MARIE. — Traitement des accidents parasyphilitiques et contrôle par les ponctions lombaires en séries. (Soc. de méd. Paris ; et : *Journ. des Prat.*, n° 20, 16 mai 1908.)

A. MARIE. — Contrôle de Wassermann et traitement spécifique de parasyphilitiques. (*Rev. pr. d. mal. cut.*, n° 4, avr. 1908.)

MILIAN. — Analyse d'une note de M. Carlier sur le traitement de la syphilis, (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 6, juin 1907.)

MOUTOT et PETITJEAN. — L'hermophényl en injections dans le traitement de la syphilis. (*Ann. d. mal. vén.*, n° 4 et 5, avril et mai 1907.)

MORESTIN. — Mutilation syphilitique du nez et de la lèvre supérieure. Atrésie des narines et de l'orifice buccal. Opérations réparatrices diverses. Rhinoplastie. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 10, nov. 1907.)

—

Napp. — Traitement de la syphilis par la quinine. (*Deutsche med. Woch.*, 21 mai 1908 et *Sem. méd.*, n° 22, 27 mai 1908.)

G. Pernet. — Remarks on the treatment of syphilis. (*Brit. med. Journ.* March 30, 1907.)

Alex. Renault.— Etude critique de la valeur préventive de l'iodure de potassium dans le traitement de la syphilis. (*Ann. d. mal. vén.*, n° 4, avril 1907.)

Renault. (Alex.)—Les pilules mercurielles. (*Presse méd.*, n° 97, 30 nov. 1907.)

W. J. Robinson. — La pilocarpine contre la syphilis. (*Journ. de Méd. Paris*, n° 13, 28 mars 1908.)

W. J. Robinson. — Pilocarpine as an adjuvant in the treatment of syphilis. (*Med. Rec.*, June 15, 1907.)

Ricklin. — Le traitement de la syphilis par la quinine. (*Rev. int. de clin. et thér.*, 15 mai 1908.)

A. Roth. — Die Behandlung der Syphilis mit Corrossol-Injectionen. (*Pester Med.-chir. Presse*, n° 9, 3 März 1907.)

Scholtz. — Etat actuel du traitement de la syphilis. (*Zeitsch. f. Aerztl.* Fortbild., 15 mars 1908 ; in : *Rev. de thér. méd.-chir.*, 1908, p. 318.)

Selby.— The syphilitic problems of surgery. (*Amer. Journ. of Derm.*, oct. 1907.)

E. H. Shields.— The intramuscular injections of mercury in the treatment of syphilis. (*Journ. of cut. dis.*, May 1907.)

Stenczel.— Ueber die endermatische Anwendung des Unguentum Hydrargyri cinereum. (*Wien. med. Woch.*, n° 2, 5 jan. 1907.)

Stodel et Galup. — Syphilide tuberculo-ulcéreuse guérie par des injections intramusculaires de mercure colloïdal électrique. (*Bul. Soc. fr. D. et S.* n° 1, janv. 1908.)

A. Strauss. — Ein Vorschlag zur Frühbehandlung des syphilitischen Primäraffektes mit Quecksilbberinfiltration und Kauterisation. (*Derm. Centr.* n° 2, nov. 1906.)

Suquet. — Syphilis et radiothérapie. (*Electricité méd.*, n° 4, avr. 1908.)

Tausig. — Pilules antisyphilitiques. (*Journ. de méd. Paris*, n° 52, 29 déc. 1907.)

R. W. Taylor. — Syphilis and massage. (*Med. Rec.*, oct. 12, 1907.)

Tejado. — Breves consideraciones sobre el tratamiento hipodermico de la sifilis. (*Rev. esp. d. D. y. S.*, t. IX, n° 97. En 1907.)

Ullmann. — Thermo-therapy in venereal diseases. (*Amer. J. of. D.*, déc. 1906.)

Wahrer. — Some essential principles entering into the successful treatment of syphilis. (*Amer. Journ. of Derm.*. Aug. 1906.)

Las incompatibilidades del mercurio y de sus principales sales. (*Rev. esp. d. D. y S.*, t. X, n° 12, Abril 1908.)

Arsenic in the early stages of syphilis. (*Med. Re cord.*, March, 7. 1908.)



TRAVAUX ORIGINAUX

EXAMEN HISTOLOGIQUE DE DEUX CAS DE PITYRIASIS RUBRA PILAIRE DE DEVERGIE

Par le Dr Menahem Hodara

Chef du service dermatologique de l'hôpital de la Marine Impériale de Constantinople.

Les principaux auteurs qui ont étudié histologiquement le pityriasis rubra pilaire de Devergie, ou lichen ruber acuminatus, ont constaté (1) en général une hyperkératose d'une épaisseur variable 2 à 3 fois (Lewin, v. Düring) jusqu'à 10 fois (Besnier, Darier et Jacquet). Cette hyperkératose est principalement accentuée aux orifices folliculaires, où il se forme des bouchons cornés coniques, cylindriques, arrondis, etc., etc., de grandeurs variables, parfois au début déjà volumineux (Galewsky). Parfois il y a doubles cônes aux orifices folliculaires (Luckasiewicz, Galewsky), et quelquefois 2 cônes à la fois peuvent confluer (Torök). Cette hyperkératose folliculaire s'étend profondément parfois jusqu'au fond de l'entonnoir folliculaire (Unna) et d'après Besnier, Darier, Jacquet, Torök, Taylor, Galewsky, Havas, Mourek, von Düring, c'est à une kératinisation exagérée qu'on doit la formation des cônes pilaires. Il y a aussi des bouchons cornés plus ou moins grands aux orifices des glandes sudoripares. Neumann a été le premier à le constater, ensuite les autres auteurs (Lukasiewicz, von Düring, Unna, Yarisch, Robinson, etc. Jacquet) trouvent aux orifices sudoripares un monticule corné conique contenant des noyaux. Unna et Joseph trouvèrent parfois des dilatations kystiques aux canaux excréteurs des glandes sudoripares. On voit aussi parfois des cônes cornés à la surface de l'épiderme saillants comme des épines, dans lesquels les cavités nucléaires sont visibles à la partie basale de ces cônes (Yarisch), ou bien on voit des noyaux ou des restes des noyaux (Joseph). Ces cônes cornés épidermiques sont développés aux dépens de la couche épineuse, qui au-dessous de ces cônes cornés épidermi-

(1) Nous empruntons à l'excellent travail de Riecke (*Handbuch der Hautkrankheiten*, Mracek, 1906, page 531) l'analyse qu'il a faite des données histologiques des principaux auteurs qui ont étudié le pityriasis rubra pilaire ou lichen ruber acuminatus.

ques, est réduite à très peu : une ou deux rangées cellulaires (Yarisch). En général, la couche cornée est homogène, sans noyaux : çà et là on voit quelques noyaux ou restes de noyaux (Galewsky, Assmann). Au niveau des cônes cornés folliculaires, les cheveux sont tombés en masses, ou bien, retenus dans les entonnoirs folliculaires, parfois plissés ou bien enroulés spiralement (Unna); et après la chute des cheveux les follicules se montrent larges, béants. Le stratum lucidum tantôt manque (Neumann), tantôt est hyperkératosique (Joseph, Jacquet) ; tantôt il y a beaucoup d'éléidine (Bender). Lewin constate que là où il y a des noyaux à la couche cornée basale, l'éléidine manque, mais la kératohyaline persiste, tandis que là où les noyaux de la couche cornée basale sont disparus on voit de l'éléidine. La couche granuleuse est très irrégulière : par place normale (Robinson, Taylor, Jacquet, V. Düring), ou bien est augmentée en épaisseur (Unna, Mourek, Liddel) ou bien diminuée (von Düring) ou bien rarement manque totalement (Neumann, von Düring) ; tantôt la couche granuleuse est atrophiée et tantôt hypertrophiée (Galewsky). Excepté Torök, tous les auteurs trouvèrent la couche épineuse plus ou moins hypertrophiée et hyperplasiée et les bourgeons épithéliaux proliférés dans le derme. Joseph constate au début une prolifération vers la profondeur et ensuite une prolifération vers la surface. Au-dessous des cônes cornés pilaires la couche épineuse est réduite à peu de rangées cellulaires de 2 à 3 (Obtulowicz), Jacquet, Lukasiewicz, Robinson, Yarisch, Rucke.) Les bourgeons sont tantôt hypertrophiés et élargis (Havas, Mourek, V. Düring) ou bien sont allongés (Lewin), et pendant la régression de la maladie les bourgeons sont tantôt raccourcis (Neumann, Riecke), ou bien disparus (Neumann, Riecke, Lukasiewicz). La couche épineuse, d'après Neumann, Riecke, n'est pas œdémateuse; d'après Unna, et v. Düring il y a un œdème parenchymateux et intercellulaire plus ou moins prononcé avec exsudation séro-fibrineuse et émigration leucocytaire entre les cellules épithéliales, qui s'accumulent à la surface sous forme de petites croûtes avec des restes de noyaux (Unna); en outre, d'après Joseph, Riecke et Neumann, il y a par places un œdème accumulé sous forme de vides, siégeant entre la limite inférieure de l'épiderme et le corps papillaire avec exsudation séro-fibrineuse et émigration leucocytaire.

De même, il y a œdème, exsudation séro-fibrineuse et émigration leucocytaire dans les gaines cellulaires folliculaires donnant lieu par places à des gonflements et déformation de ces gaînes· (Unna).

Neumann a constaté des excroissances (auswiechse) au fond des gaines cellulaires folliculaires, dont l'aspect prend celui d'un lobe d'une glande acineuse. Yarisch attribue ces excroissances de Neumannn à des proliférations cellulaires des gaines cellulaires folliculaires et Unna à cet œdème avec exsudation séro-fibrineuse et leucocytaire produisant par places des gonflements et des déviations de ces gaines, et Biesiadecki a constaté de telles excroissances folliculaires dans d'autres dermatoses. Joseph constata entre la gaine cellulaire externe et interne folliculaire des infiltrations de petites cellules séparant ces gaines l'une de l'autre et à sa place il se produit un exsudat composé des cellules de granulations et de vaisseaux néoformés dans lesquels on voit des Riesenzellen. Les cheveux, dans ces follicules, sont transformés à l'état de lanugo. La couche épineuse basale ou couche cylindrique est, par places, épaisse (Mourck) et contient beaucoup de pigment (V. Düring, Joseph). Parfois, Joseph constate un manque de la couche cylindrique et à sa place un vide œdémateux avec exsudation fibrineuse et des leucocytes. Havas constate une coloration plus accentuée de la couche cylindrique basale tandis que, à la partie moyenne de la couche épineuse, les fibres épithéliales sont disparues et les protoplasmes et les noyaux ont une qualité plus homogène de coloration.

Au derme, les altérations principales constatées par tous les auteurs sont inflammatoires : dilatation de tous les vaisseaux et des capillaires à des degrés variables depuis une légère hyperhémie (Neumann) jusqu'à une dilatation très prononcée des lumens béants (Torök).

Il y a infiltration cellulaire périvasculaire autour de tous les vaisseaux et capillaires jusqu'à l'hypoderme. Les infiltrations cellulaires ne sont pas toujours périvasculaires ; elles sont aussi diffuses et occupent tout le corps papillaire et élargissent aussi les papilles. Quelquefois l'infiltration est à un haut degré et s'étend jusqu'à la couche épineuse basale, au-dessus des papilles, et il y a émigration d'éléments leucocytaires entre les cellules épineuses (Liedel, Obtulowicz.). Parfois les infiltrations cellulaires

occupent diffusément le derme proprement dit (Palin.) V. Düring distingue nettement la vraie papule de lichen rouge plan par la grande infiltration du derme comprimant et soulevant l'épiderme et la papule du pityriasis pilaire composée exclusivement des parties épithéliales hyperkératosiques. Les infiltrations cellulaires ont aussi un siège de prédilection autour des follicules (Neumann, Wolffs, Coats (Morton), Lewin, Unna, Joseph, Heidengsfeld, etc.). Joseph constate autour des follicules un épais manteau d'infiltrations cellulaires en rangées entre les faisceaux conjonctifs, et dans les noyaux, on voit des divisions nucléaires : les vaisseaux lymphatiques sont très dilatés. Heidengsfeld constate aussi principalement une folliculite dans les cas de pityriasis rubra pilaire qu'il a examinés avec hypertrophie énorme des arrecteurs et des muscles lisses. Il y a aussi des infiltrations cellulaires autour des glandes sudoripares et sébacées en quantité variable. Les glandes sébacées dans certains cas manquent (Taylor) ou bien en petite quantité rudimentaire (Neumann) ou bien normales (Van Gieson, Neumann, Lewin, Von Haren-Neman) ou bien 4 à 5 fois hypertrophiées (Köbner).

D'après tous les auteurs, les muscles arrecteurs sont très hypertrophiés. Le tissu collagène et élastique est normal, les nerfs aussi sont normaux (Lewin). Lukasiewicz trouve aussi, dans l'état de régression de la maladie l'hyperkératose de la couche cornée déjà diminuée, la couche épineuse normale, les bourgeons épithéliaux raccourcis, et au derme il y a dilatation considérable de tous les vaisseaux du derme et des capillaires, à tel point dilatés et augmentés en nombre à côté les uns des autres qu'ils ressemblent à un état angiomateux et une infiltration cellulaire périvasculaire autour des vaisseaux et des capillaires s'étendant jusqu'à l'hypoderme, et hypertrophie des glandes sébacées. Les cellules d'infiltration sont des cellules conjonctives avec des plasmazellen et beaucoup de mastzellen (Unna) ou bien les cellules d'infiltration sont des rundzellen et des cellules conjonctives (Lewin) ou bien des leucocytes mononucléaires (Yarisch, Palin, Joseph, etc.). Caspary trouve, au milieu des infiltrations, des cellules conjonctives, des leucocytes polynucléaires, et Joseph constate aussi des riesenzellen.

Unna s'exprime dans son Histopathologie, page 297, sur le plityriasis rubra pilaire de la façon suivante : Die Vorgänge bei

der Pityriasis rubra pilaris bevahren immer ein rein progressiven entzündlicher Charakter die bei Lichen besitzen einen grossen theilsregressiven entziendlichen. » Il divise d'après l'examen de ses pièces en : 1° Einfache Elementar formen ; 2° folliculäre Papel (2) ; Porale Papel (3), Sinüose Papel II, Synanthem (4), Erythrodermie (5), Psoriasiforme Scheibe (6), Stalaktiformige Scheibe. Comme il a été dit, il constate une hyperkératose générale considérable, surtout énorme aux orifices folliculaires et surtout aux orifices sudoraux, etc., akantose considérable, œdème épithélial et des gaines folliculaires avec exsudation séro-fibrineuse et émigration leucocytaire ; au derme, dilatation de tous les vaisseaux et capillaires, infiltrations cellulaires périvasculaires et périfolliculaires, hypertrophie des muscles arrecteurs et des muscles lisses cutanés. Unna a émis l'opinion que dans les parties érythrodermiques, la parakératose doit être plus accentuée et il conclut que le pityriasis rubra pilaire, de même que l'ichthyose : « Steht vie diese auf der Greuze der Parakeratosen, die Hyperkeratose schlägt beibeiden nur ünter stärkerer entzundlicherer Wallungen das Gewöhnliche Bild der Parakeratosen Um. » Unna fait nettement le diagnostic histologique entre le pityriasis rubra pilaire et le vrai lichen. D'après Unna, dans le pityriasis rubra pilaire il n'y a pas, comme dans le lichen, disparition des épines intercellulaires, formation de grands vides œdémateux entre le derme et l'épiderme, dégénération colloïde de l'épiderme.

Dans le pityriasis rubra pilaire, le corps papillaire est peu infiltré et les papilles sont un peu gonflées, non œdémateuses ; il manque, dans le pityriasis, la métamorphose hyaline des capilaires, l'état sclérotique du tissu collagène ; jamais on ne trouve dans le pityriasis, comme dans le lichen, une épaisse bande sous-épithéliale d'infiltrations cellulaires.

Jamais dans le pityriasis on ne trouve, tout autour du follicule, de papilles excessivement gonflées, qui contribuent au soulèvement des papules. Les papules du pityriasis proviennent d'une hypertrophie de la couche épineuse et de l'accumulation des masses cornées. La papille folliculaire du lichen est essentiellement cutanée, celle du pityriasis pilaire est purement épidermoïdale (V. Düring).

D'après Unna, l'infiltration autour des follicules est, dans le pityriasis, plus prononcée que dans la papule folliculaire du li-

chen. Dans le lichen, les cellules d'infiltration sont petites et pauvres en protoplasme, dans le pityriasis ce sont des cellules fusiformes et grandes. D'après Unna, dans le lichen les altérations épithéliales caractéristiques d'abord consistent dans l'hyperkératose et ensuite font place à l'atrophie épithéliale et à la dégénérescence colloïde de la couche épineuse; à cela s'ajoute une infiltration cellulaire épaisse du corps papillaire se limitant par une linite aiguë vers le derme sain.

Examen microscopique de mes deux cas de pityriasis rubra pilaire de Devergie.

1er *Cas.*— Hussein, âgé de 20 ans, n'a aucune autre maladie. Il est atteint depuis 4 ans de pityriasis rubra pilaire. Actuellement, on voit (Fig. 1) sur le dos des phalanges le granité pilaire caractéristique sous forme de petites saillies coniques cornées, en éléments isolés ou agglomérés en petits amas, et en passant la main dessus on a la sensation d'une râpe (comme dans la kératose pilaire). Chaque saillie cornée est recouverte d'une petite squamule sèche. On voit le même granité pilaire sur le dos des mains et du poignet ainsi qu'aux avant-bras en éléments par places isolés, par places agglomérés. Dans les plis du coude, l'aspect est changé, on voit un placard rouge érythémateux, recouvert de squames jaunâtres ayant tout à fait l'aspect d'un placard d'eczéma séborrhéique. Aux deux bras, on voit des altérations analogues, il y a une symétrie parfaite. A la partie antérieure et supérieure du thorax, il y a un grand placard rouge, sec, recouvert de squames ; de même à la partie inférieure et postérieure du cou ; tandis qu'à la partie supérieure et postérieure du cou, il y a le même granité pilaire qu'aux poignets. A la tête, on voit à la partie postérieure un placard rouge, squameux, eczématiforme. Au sommet de la tête, on voit un état pityriasique. A la face, on voit que sur les paupières la peau est rouge, luisante, sèche, tendue, recouverte de squames ; aux moustaches, il y a un état pityriasique.

Au thorax et au dos, la peau est saine; au ventre on voit quelques placards rouges, secs, squameux. Aux membres inférieurs et aux fesses, il y a le même granité pilaire et les mêmes saillies cornées caractéristiques en éléments isolés ou agglomérés, comme





aux membres supérieurs, et d'aspect d'une kératose pilaire. A la paume des mains et à la plante des pieds, la peau est dure, sèche comme du bois, très épaisse, hyperkératosique comme dans la kératodermie palmaire; à la plante des pieds surtout, il y a des placards durs cornés.

Deux pièces ont été excisées de ce cas pour l'examen microscopique.

1re *pièce.* — La 1re pièce a été excisée du poignet, là où il y avait le granité pilaire contenant les saillies cornées coniques caractéristiques ; à ce niveau la peau n'était pas rouge.

Microscopiquement, on voit à la surface une hyperkératose assez considérable, la couche cornée est 2 ou 3 fois plus volumineuse, composée de lamelles cornées superposées normalement kératinisées. Dans les parties dépressives de la surface de l'épiderme il y a une accumulation des lamelles cornées concentriquement superposées formant des espèces de petits comédons de forme plus ou moins conique.

Avant tout, les orifices folliculaires sont dilatés, quelques-uns très dilatés, remplis d'une grande quantité de lamelles cornées, épaisses, concentriquement superposées, formant au niveau de ces orifices folliculaires des cônes cornés plus ou moins volumineux ou très saillants comme des épines, qui constituent cliniquement le granité pilaire caractéristique, les cônes pilaires des dos des phalanges, etc., que l'on voit dans le pityriasis rubra pilaire de Devergie. Ces cônes cornés qui remplissent les orifices folliculaires ont des formes de comédons plus ou moins coniques; d'autres ont des formes irrégulières, arrondies, ovalaires, ou difformes, formant, dans les orifices folliculaires irrégulièrement dilatés, des bouchons cornés plus ou moins saillants. Au milieu de ces cônes cornés pilaires, on voit par places un ou deux et, toujours par places, 3 petits cheveux irrégulièrement disposés, et chacun de ces petits cheveux entouré par des lamelles cornées ou concentriquement superposées. La couche granuleuse est 2 à 3 fois plus volumineuse qu'à l'état normal, composée de 3, 4 ou 5 grandes rangées de cellules granuleuses très volumineuses et très riches en très gros grains de kératohyaline. La couche épineuse est aussi très hypertrophiée et hyperplasiée, les cellules épineuses ont les protoplasmes hypertrophiés, et les noyaux plus

volumineux et riches en chromatine; il y a prolifération cellulaire, le nombre des rangées cellulaires est 2 à 3 fois plus grand qu'à l'état normal; les bourgeons épithéliaux sont proliférés et allongés vers le derme, et on voit des mitoses aux rangées basales.

Il y a par places un léger œdème parenchymateux et intercellulaire ; les espaces intercellulaires sont légèrement dilatés, les cavités nucléaires sont par places légèrement dilatées et les noyaux sont entourés d'une légère aréole vide, œdémateuse. Seulement, dans très peu de points de la couche épineuse de la surface de l'épiderme, ou bien dans quelques points de la couche épineuse folliculaire, on voit cet œdème un peu plus accentué et, à ces niveaux, les cellules épineuses ont leur protoplasme plus œdémateux, plus pâle et plus faiblement colorable, les espaces intercellulaires un peu plus dilatés; à ce niveau, la kératohyaline de la couche granuleuse est diminuée ou disparue, et à ce niveau la couche cornée est parakératosique, contenant des rangées superposées plus ou moins nombreuses de noyaux aplatis ou plus ou moins ovalaires.

Dans d'autres points, on voit au-dessous de cette partie de couche cornée parakératosique, formation d'une nouvelle couche granuleuse, volumineuse et par places aussi d'une nouvelle couche cornée normale ; de façon que cette portion de couche cornée parakératosique se trouve soulevée et en voie d'élimination. Ainsi on voit par places, au-dessous de la couche cornée hyperkératosique de la surface et, par places, au milieu de lamelles cornées superposées, des cônes des orifices folliculaires, des portions ou des lamelles cornées parakératosiques situées entre des lamelles cornées normalement kératinisées. Ainsi la plus grande partie de la couche cornée de la surface et des lamelles cornées des cônes folliculaires est normalement kératinisée, hyperkératosique; dans très peu de places il y a des portions des lamelles cornées parakératosiques. De même, la couche épineuse est presque partout très peu œdémateuse, seulement dans très peu de points il y a un léger œdème plus accentué, disparition de kératohyaline et formation des lamelles parakératosiques mais aussi il se reforme une nouvelle couche granuleuse et cornée qui soulève et élimine les portions parakératosiques.

Au derme, on voit des altérations inflammatoires. Tous les

vaisseaux des capillaires ont leur paroi épaissie et infiltrée, les cellules endothéliales hypertrophiées, les cellules périthéliales hypertrophiées et proliférées, disposées en rangées parallèles plus ou moins nombreuses et on voit autour des parois vasculaires des infiltrations des leucocytes mononucléaires (des polyédocytes) et des lymphocytes peu nombreux. Certains rameaux vasculaires du derme sont beaucoup plus infiltrés ; d'autres le sont moins ; mais en général tous les vaisseaux des capillaires sont plus ou moins infiltrés et autour des follicules on voit également les rameaux vasculaires périfolliculaires également infiltrés et formant une infiltration cellulaire périfolliculaire. Nulle part on ne voit d'agglomérations des leucocytes polynucléaires. Les cellules conjonctives du derme et du corps papillaire sont également proliférées et hypertrophiées, les noyaux agrandis ; les protoplasmes spongieux sont hypertrophiés, formant des cellules conjonctives à prolongement double, triple, ou multiple (Spinnenzellen). On ne voit pas ici de muscles lésés, ni d'arrecteurs hypertrophiés.

2e *pièce.* — Cette 2e pièce a été excisée près du pli du coude ; à ce niveau la peau était rouge, érythémateuse, desquamante, partout recouverte de squames par places saillantes présentant l'aspect eczématiforme ; on ne voyait pas à la surface ce granité pilaire disséminé qu'il y avait au poignet.

A l'examen microscopique, on voit, à la surface, des squames parakératosiques plus ou moins épaisses, par places très épaisses, aplaties ou bien saillantes contenant des rangées multiples de noyaux parakératosiques aplatis ou plus ou moins ovalaires ; les squames sont par places d'une épaisseur très considérable et par places aussi très saillantes sous des formes variables, comme des cônes, des épines, etc., etc.

Au-dessous de ces squames parakératosiques la couche granuleuse est, par places, en voie de disparaître ou complètement disparue et la couche épineuse est plus ou moins œdémateuse, avec un œdème parenchymateux et intercellulaire ; les cavités nucléaires sont dilatées et les noyaux sont entourés des aréoles vides œdémateuses, les espaces intercellulaires sont dilatés, les protoplasmes œdémateux sont faiblement colorables ; par places là où la couche granuleuse a totalement disparu, l'œdème est plus ac-

centué. La couche épineuse, dans quelques points seulement au dessous des squames très épaisses parakératosiques, est réduite à peu de rangées cellulaires ; mais dans la plus grande partie de la préparation, presque partout, la prolifération de la couche épineuse est très considérable. On voit déjà les squames parakératosiques de la surface divisées en lamelles plus ou moins épaisses, relâchées et détachées les unes des autres, soulevées et en voie de s'éliminer et au-dessous on voit la formation d'une nouvelle couche épineuse énormément proliférée, composée de rangées cellulaires 3 à 4 fois plus nombreuses ou plus qu'à l'état normal et les bourgeons interpapillaires énormément proliférés profondément dans le derme et par places très irrégulièrement entrelacées entre eux. On voit des mitoses très nombreuses dans les rangées inférieures et moyennes de la couche épineuse et on voit par places au-dessous des squames parakératosiques une nouvelle couche granuleuse en voie de formation ou complètement néoformée et d'une épaisseur excessivement considérable composée de plusieurs rangées de 5 à 6 grandes cellules granuleuses avec de très gros et de très nombreux grains de kératohyaline, et au-dessus de la nouvelle couche granuleuse on voit par places la formation d'une nouvelle couche cornée normalement kératinisée et mettant en élimination les squames parakératosiques situées au-dessus. Dans presque toute la préparation il y a, à la surface, parakératose et formation de squames parakératosiques, par places énormes, par places aplaties, mais la plupart irrégulièrement saillantes comme des cônes, seulement dans quelques points de la surface il n'y a pas parakératose et la couche cornée à ce niveau est hyperkératosique. De façon que dans la pièce précédente excisée du même cas, dans les parties non rouges, non irritées, présentant le granité pilaire du pityryasis pilaire, il y avait à la surface presque partout énorme hyperkératose et formation de squames ou cônes hyperkératosiques surtout dans les parties répressives, dans les orifices folliculaires, etc.; dans quelques points il y avait seulement très peu de parakératose. Par contre, dans cette 2e pièce du même cas excisée des parties rouges, érythémateuses, desquamantes, d'aspect eczématiforme, on ne voit presque pas du tout de l'hyperkératose, et à sa place il y a formation de lamelles épaisses, aplaties, des squames aplaties ou énormément saillantes para-

kératosiques, présentant l'aspect eczématiforme, et la couche épineuse est beaucoup plus considérablement proliférée que dans la pièce précédente.

La couche granuleuse dans la pièce précédente était altérée dans quelques points disséminés, ici, dans beaucoup plus de places.

Au derme, on voit des altérations inflammatoires, les vaisseaux et les capillaires ont leur lumen dilaté; les vaisseaux et les fentes lymphatiques sont dilatées, les papilles sont, quelques-unes gonflées, volumineuses et œdémateuses, quelques-unes sont très allongées. Les capillaires et les vaisseaux du derme sont épaissis et infiltrés et il y a prolifération de cellules périthéliales disposées en rangées parallèles plus ou moins nombreuses et on voit par places des figures de division amitosique et mitosique ; on voit, autour de toutes les parois des vaisseaux du derme et des capillaires, des foyers de leucocytes mononucléaires et des lymphocytes : dans quelques vaisseaux, plus accentués. dans d'autres, très peu accentués; mais dans cette pièce en général, il n'y a pas de grandes infiltrations de lymphocytes et de leucocytes mononucléaires autour des parois des vaisseaux et on ne voit pas ici l'hypertrophie des muscles arrecteurs. Il y a une prolifération assez considérable des cellules conjonctives du tissu du derme et du tissu papillaire.

Deuxième cas de pityriasis rubra pilaire.

Youvan, âgé de 46 ans, est atteint depuis 9 ans de pityriasis rubra pilaire. Il a eu des récidives fréquentes, les nouvelles poussées se manifestant surtout pendant l'hiver, et les améliorations pendant l'été. Actuellement, on voit à la tête un léger état pityriasique une desquamation des fines squames. A la face, aux oreilles, au cou, la peau est un peu rouge, hyperhémiée, sèche, rugueuse, recouverte partout de fines squames adhérentes, par places sous forme de toutes petites squames cornées saillantes, comme des cônes avec des points noirâtres. C'est aux dos des deux mains et des doigts (phalanges) que l'on voit les éléments isolés caractéristiques du pityriasis rubra pilaire sous forme de petites saillies cornées coniques, et à la loupe on voit au centre de ces cônes cornés un poil parfois intact, parfois cassé, et tout autour une petite aréole rouge, et en enlevant de force la petite squame cornée coni-

que on voit au-dessous une toute petite papule rouge avec un point rouge vif au centre. On voit aux dos des mains et des phalanges un tas de ces petits éléments isolés circumpilaires recouverts de petits cônes cornés d'un brun sale et on voit plusieurs de ces éléments confluant et formant des petits îlots irréguliers avec des intervalles de peau saine ou bien réunis en petits placards plus ou moins grands recouvrant les dos des phalanges. Les avant-bras sont totalement recouverts de grands placards rouges, secs, rugueux, desquamants à la surface et contenant un grand nombre de fines petites squames saillantes comme des cônes ou des épines donnant à la surface la sensation d'une râpe. Aux bras, on voit des éléments isolés, tels qu'aux dos des phalanges et des placards secs, rouges, desquamants, analogues à ceux des avant-bras. Au tronc et un peu à l'abdomen et aux jambes on voit de même toujours de ces éléments isolés ou confluents par places en nappes. A la paume des mains, la peau est dure, hyperkératosique, sans desquamation, nulle part il n'y a de suintement. La santé générale est excellente depuis 10 ans. C'est un Albanais, gardien de nuit d'une fabrique. J'ai pu lui enlever une pièce de l'avant-bras qui contenait des petites saillies cornées coniques, par places avec rougeur, et par places sans rougeur de la peau.

Ce cas a été traité par l'arsenic à l'intérieur ; des pilules asiatiques et par la pommade suivante de Thirion : Axonge benzoatée, 100 gr.; oxyde de zinc, 1 gr.; sublimé, 0,15 ; acide phénique, 1 gr. L'éruption a disparu à la suite de ce traitement.

Examen histologique du deuxième cas

Cette pièce, excisée de l'avant-bras, contenait de petites saillies cornées coniques, par places avec rougeur et par places sans rougeur de la peau. Microscopiquement, on voit à l'épiderme la couche épineuse par places très proliférée et saillante dans quelques parties de la surface de l'épiderme, sous forme de petites papules élevées plus ou moins arrondies, coniques ou ovalaires, etc. Par places, la couche épineuse est composée de rangées multiples de cellules épineuses 2 à 3 fois plus nombreuses qu'à l'état normal, avec des noyaux et protoplasmes hypertrophiés et des bourgeons épithéliaux par places très proliférés et très irrégulièrement allongés vers le derme. Il y a un léger œdème intercel-

lulaire, les espaces intercellulaires sont dilatés ; les noyaux sont entourés des aréoles vides œdémateuses (altération cavitaire de Leloir).

On voit dans la préparation, côte à côte, des papules épithéliales saillantes, proliférées, avec des parties peu ou non proliférées, se montrant comme déprimées et on voit des mitoses nettes dans les parties épithéliales en voie de prolifération. Il y a des parties où l'œdème est plus accentué, les espaces intercellulaires très dilatés sous forme de larges canaux irréguliers (spongiose de Unna) et l'œdème intracellulaire est aussi par places beaucoup plus accentué, formant, tout autour des noyaux, de grands vides œdémateux incolores, qui occupent une grande partie des protoplasmes, et dans quelques cellules œdémateuses tout le protoplasme est presque incolore, seulement les contours visibles, et on voit aussi quelques noyaux très œdémateux dont la chromatine est disparue pâles et, les contours des noyaux sont seuls visibles. On voit aussi des cellules œdémateuses dont la cavité nucléaire est très dilatée par l'œdème et les noyaux atrophiés. Par-ci, par là, on rencontre aussi un petit groupe de cellules œdémateuses très faiblement colorables ; mais cet œdème est aussi très irrégulier ; côte à côte on voit des parties épithéliales très peu œdémateuses et d'autres places dont l'œdème est relativement beaucoup plus prononcé. De même que dans l'épiderme, on voit aussi, dans une gaine foll'culaire, une prolifération des cellules épineuses folliculaires, une hypertrophie de leur protoplasme et de leur noyau, un œdème inter et intracellulaire et des mitoses. Il y a aussi par places une grande augmentation de pigment depuis les rangées inférieures jusqu'aux rangées supérieures de la couche épineuse ; les grains jaunes de pigment couvrant une grande part'e des cellules des noyaux ou bien parfois de toute la cellule; dans certaines parties, le pigment est encore beaucoup plus accentué, couvrant en grande partie de petits groupes de cellules. La couche granuleuse est très irrégulière, par places composée d'une mince rangée de cellules granuleuses; par places la couche granuleuse est presque disparue, tandis qu'au contraire, dans d'autres places, la couche granuleuse est composée d'une rangée de grandes cellules épineuses ou bien elle est très épaissie et composée de 3 à 4 grandes rangées de cellules granuleuses ou plus. La couche cornée est un peu plus

épaisse, compacte et hyperkératosique, par places composée de 2 à 3 minces lamelles cornées superposées, hyperkératosiques et un peu relâchées entre elles. Par places, la couche cornée est plus hyperkératosique ; dans quelques parties dépressives et dans quelques orifices folliculaires, on voit la couche cornée hyperkératosique composée de lamelles cornées superposées remplissant l'orifice comme de petits comédons et entourant le poil, et par places on voit dans les lamelles cornées les plus internes quelques rangées des cellules parakératosiques contenant des noyaux aplatis, parallèles ou bien quelques noyaux sont restés ovalaires ou en voie de s'atrophier, de pâlir et devenir incolores ou bien quelques-uns des noyaux sont brisés et en débris, et tout autour de ces petits bouchons cornés folliculaires on voit une nouvelle couche granuleuse folliculaire. A la surface de l'épiderme, la couche cornée est aussi dans plusieurs places parakératosique, contenant une ou deux rangées ou bien des rangées plus nombreuses, 4 à 6, en plus des cellules parakératosiques à noyaux aplatis : formant à la surface, par places, une couche desquamante parakératosique plus ou moins épaisse, au-dessous de laquelle la couche granuleuse, par places, est disparue ; dans d'autres places elle est déjà en voie de néoformation ou bien déjà néoformée et par places très épaisse de 3 à 6 grandes rangées de cellules granuleuses. De façon que, comme il a été dit, la couche granuleuse est très irrégulière, dans les parties où la couche cornée est normalement kératinisée la couche granuleuse par places manque et par places est déjà néoformée ou bien volumineuse. Par places, cette couche desquamante parakératosique de la surface de l'épiderme est plus épaisse et forme diverses squames d'épaisseur variable et on voit dans chaque préparation successivement, une, deux , trois ou quatre squames parakératosiques plus ou moins saillantes, quelques-unes sous forme de cônes, quelques squames sont très saillantes et volumineuses, irrégulièrement distancées par des parties de couche cornée un peu épaisse normalement kératinisée ou parakératosique.

Ces squames sont les unes minces ou plus ou moins aplaties, composées de rangées plus ou moins nombreuses de cellules parakératosiques sèches avec des noyaux aplatis ou plus ou moins ovalaires et quelques-unes de ces squames minces contiennent déjà par places quelques leucocytes polynucléaires disséminés

et parfois agglomérés en petits foyers à la superficie de ces squames, mêlés ensemble avec quelques lymphocytes. D'autres squames sont un peu plus épaisses, aplaties ou plus ou moins saillantes, de formes ovalaires, coniques, etc., et provenant de la transformation en squame parakératosique d'une portion plus ou moins grande de papules épithéliales proliférées et saillantes à la surface de l'épiderme. Ces squames contiennent, à la partie inférieure et supérieure, des rangées multiples de cellules parakératosiques à noyaux aplatis ou ovalaires, et l'on voit des noyaux commençant à s'atrophier et à pâlir, à se briser en débris et à devenir incolores ; tandis que la partie moyenne, centrale et supérieure de cette squame est déjà transformée en un tissu corné, dur, homogénisé, dans lequel les noyaux sont atrophiés, presque en voie de disparaître ou tout à fait disparus ; et par places on voit dans quelques-unes de ces squames des leucocytes polynucléaires disséminés ou en petits groupes mêlés avec des lymphocytes. D'autres squames sont encore plus saillantes, de formes plus ou moins ovalaires, arrondies, comme des cônes ou épines occupant une grande portion de ces papules épithéliales proliférées et transformées en squames parakératosiques entourées et limitées tout autour d'une couche desquamante parakératosique de 4 à 5 rangées cellulaires de noyaux aplatis, qui entoure de tout côté la squame et la sépare de la couche épineuse située au-dessous et met cette squame en voie d'élimination.

La plus grande partie centrale de ces squames saillantes est déjà presque complètement transformée en un tissu dur corné homogénisé ne contenant plus de rangées cellulaires parakératosiques ; les noyaux étant en grande partie atrophiés et disparus, on voit seulement quelques noyaux très irrégulièrement disséminés et ayant des formes de plus en plus dégénérées et très bizarres ; quelques-uns des noyaux sont restés ovalaires, pâles et contenant dans leur intérieur des vacuoles multiples, 3, 4, 5 ou 6 petites vacuoles de grandeurs différentes. On voit d'autres noyaux dégénérés, ayant changé leur forme naturelle et ayant pris des formes indescriptibles, quelques-unes agrandies et allongées d'un côté, ressemblant à des formes triangulaires ou autres et contenant également des vacuoles multiples ; quelques-unes des vacuoles sont isolées, d'autres sont confluentes et agrandies ; d'autres noyaux ont pris des formes très bizarres;

quelques noyaux sont atrophiés, pâles, leurs contours sont seuls visibles, bien incolores, quelques noyaux sont brisés en débris irréguliers. En outre on voit dans la squame des traînées irrégulières de rangées cellulaires parakératosiques à noyaux aplatis et à protoplasmes allongés, effilés, et se tenant entre eux par leurs extrémités, ces traînées cellulaires allant dans diverses directions obliques et irrégulières, dans diverses parties de la squame comme des anastomoses; mais comme il a été dit, la plus grande partie de la squame est déjà homogénisée et kératinisée dans laquelle les noyaux ont presque totalement disparu et on voit toujours, dans ces grandes squames, des leucocytes polynucléaires isolés ou en partie agglomérés dans diverses parties de la squame ou à la partie supérieure, ainsi que quelques lymphocytes en petit nombre.

Quelques-unes de ces squames sont déjà en voie de se détacher à la partie inférieure ou bien déjà détachées en partie, et au-dessous on voit une nouvelle couche granuleuse volumineuse, néoformée, de 2 à 3 grandes rangées des cellules granuleuses et par places une nouvelle couche normale qui met en élimination la squame.

Dans les préparations on voit, outre ces squames situées à la surface de l'épiderme, d'autres squames analogues parakératosiques plus ou moins volumineuses et saillantes, arrondies ou coniformes, etc., et situées au-dessus de quelques orifices folliculaires et un peu à la périphérie, à la surface de l'épiderme, et le poil du follicule traversant la partie centrale de la squame, entouré tout autour par la squame. Cette squame suprafolliculaire est comme les précédentes, composée à la partie inférieure et supérieure, de rangées multiples de cellules parakératosiques qui limitent la squame de tous côtés et à la partie centrale de la squame les noyaux sont atrophiés, brisés en débris, en voie de disparaître et d'autres noyaux plus ou moins nombreux sont dégénérés, vacuolisés, contenant des vacuoles plus ou moins confluentes et ces cellules dégénérées prennent des formes de plus en plus bizarres et indescriptibles tel qu'il a été mentionné dans les squames précédentes. La partie centrale de la squame est homogénisée, kératinisée et le plus grand nombre de noyaux a disparu et on voit dans cette squame, comme dans les précédentes, des leucocytes polynucléaires et des lymphocytes isolés ou par places, par petits groupes. Cette squame suprafolliculaire, coni-

que et assez volumineuse, comprime le follicule situé au-dessous, et on voit le follicule comprimé, qui, au lieu d'être rectiligne et un peu plissé d'un côté ou de l'autre, forme des angles irréguliers; de même on voit 2 à 3 cheveux dans ces follicules qui traversent le milieu de la squame et qui sont comprimés par la squame, ne pouvant pas sortir librement et prennent par suite dans l'intérieur des follicules des formes plissées, serpentines au lieu d'être rectilignes. On voit cette squame suprafolliculaire déjà presque en voie d'élimination, détachée en grande partie du follicule et de l'épiderme, périphérique, et au-dessous on voit un épiderme néoformé contenant une couche granuleuse volumineuse d'une couche cornée normale, qui met en élimination la squame située au-dessus.

Ces squames parakératosiques plus ou moins aplaties ou saillantes comme les cônes observés dans les préparations de ce cas de pityriasis rubra pilaire siègent irrégulièrement tantôt à la surface de l'épiderme, tantôt aux orifices folliculaires entourant le cheveu de tous côtés et formant les saillies coniques que l'on voit cliniquement dans ce cas de pityriasis rubra pilaire et qui sont tantôt péripilaires, tantôt épidermiques. Le plus grand nombre de ces squames aplaties ou saillantes sont parakératosiques; il y a seulement un très petit nombre de petites squames, qui sont exclusivement hyperkératosiques et qui siègent à la surface de l'épiderme, dans quelques parties dépressives ou dans quelques orifices folliculaires formant des petits bouchons cornés hyperkératosiques.

Le mode de formation de ces squames parakératosiques plus ou moins saillantes comme des cônes est le suivant : Dans la couche épineuse il y a, comme il a été dit, un léger œdème intercellulaire et intracellulaire et une prolifération de cellules épineuses mitosiques formant par places, à la surface de l'épiderme, de petites papules épithéliales saillantes comme des cônes, séparées par des parties épithéliales moins proliférées et non saillantes. A la surface de l'épiderme il y a par places une kératinisation anormale parakératosique et formation d'une couche desquamante plus ou moins épaisse ; de même, au niveau de ces papules épithéliales saillantes, il y a aussi par places une kératinisation anormale parakératosique et transformation d'une portion plus ou moins grande des papules épithéliales saillantes

en squames parakératosiques qui prennent la forme plus ou moins conique préalable de ces papules épithéliales proliférées. Ces squames s'éliminent très lentement et tiennent fermement à la couche cornée périphérique, normalement kératinisée ou parakératosique et à l'épiderme situé au-dessous ; les rangées cellulaires parakératosiques s'accumulent de plus en plus au niveau des papules épithéliales formant des squames plus ou moins épaisses d'abord parakératosiques ; ensuite les noyaux s'atrophient, dégénèrent et disparaissent et la squame se transforme en un tissu homogénisé corné, et ces squames contiennent de petits foyers de leucocytes polynucléaires avec quelques lymphocytes. Ces squames sont entourées de tous côtés par une couche desquamante parakératosique circulaire, quiles limite de tous côtés et les met en élimination, et au-dessous il y a prolifération des cellules épineuses et formation d'une nouvelle couche épineuse volumineuse et d'une nouvelle couche granuleuse et d'une couche cornée normale.

Au derme, on voit des altérations vasculaires et inflammatoires ; tous les vaisseaux du derme ont leur lumen un peu dilaté et les parois vasculaires très infiltrées par une prolifération des cellules périthéliales disposées en rangées parallèles multiples et par une infiltration abondante des foyers des lymphocytes et des leucocytes mononucléaires mêlés irrégulièrement avec les cellules périthéliales proliférées et formant ensemble des cordons épais cellulaires autour des parois vasculaires. Depuis les vaisseaux profonds du derme jusqu'aux rameaux vasculaires sous-papillaires, tous les vaisseaux ont leur paroi infiltrée, mais il y a des vaisseaux qui sont beaucoup plus infiltrés et d'autres qui sont moins infiltrés. On voit aussi, autour des glomérules sudoripares, des agglomérations lymphocytaires situées autour des parois des petits vaisseaux périglomérulaires. Les capillaires papillaires sont relativement moins infiltrés seulement par des cellules périthéliales proliférées et par très peu de lymphocytes ou leucocytes mononucléaires. Dans le tissu intervasculaire, il n'y a pas de foyers lymphocytaires, mais quelques lymphocytes ou leucocytes mononucléaires disséminés. Çà et là on voit aussi dans quelques lumens vasculaires dilatés des leucocytes polynucléaires, mais dans le tissu du derme on ne voit nulle part d'agglomération de leucocytes polynucléaires. Il y a aussi

un état œdémateux du derme, tous les vaisseaux lymphatiques sont dilatés, ainsi que toutes les fentes lymphatiques du derme et du tissu papillaire ; les papilles sont un peu gonflées et il y a une prolifération des cellules conjonctives du derme et du tissu papillaire; par places, cette prolifération des cellules conjonctives est plus accentuée, surtout dans le tissu papillaire ; par places cette prolifération des cellules conjonctives est très peu prononcée dans le tissu intervasculaire du derme. Au derme, on voit les muscles des arrecteurs et tous les muscles des tissus de la peau énormément hypertrophiés, 2 à 3 fois plus volumineux qu'à l'état normal ou plus et les noyaux musculaires très agrandis.

Conclusions.

De l'examen microscopique de ces deux cas de pityriasis rubra pilaire de Devergie, il résulte qu'il y a au début du pityriasis rubra pilaire, dans les parties non érythémateuses présentant cliniquement le granité pilaire caractéristique, des altérations inflammatoires du derme, épaississement et infiltration de toutes les parois des vaisseaux et des capillaires, prolifération de cellules périthéliales et infiltrations cellulaires périvasculaires des leucocytes mononucléaires et des lymphocytes, prolifération et hypertrophie des cellules conjonctives de tout le tissu du derme et du corps papillaire, légère dilatation des vaisseaux et des fentes lymphatiques du derme. A l'épiderme, il y a prolifération prononcée et hypertrophie de la couche épineuse; par places un très léger état œdémateux parenchymateux et intercellulaire, épaississement considérable de la couche granuleuse et, dans la couche cornée, hyperkératose considérable, surtout aux parties dépressives, aux orifices folliculaires, qui sont dilatés et remplis de bouchons cornés hyperkératosiques sous forme de cônes cornés saillants, que l'on voit cliniquement au début du pityriasis rubra pilaire, dans le granité pilaire caractéristique, surtout aux dos des phalanges, dans le poignet, etc.; dans quelques points seulement de la surface, il y a parakératose.

Dans une phase plus avancée du pityriasis rubra pilaire, dans les parties plus irritées, enflammées, rouges, érythrodermiques, desquamantes, d'aspect eczématiforme, les altérations inflammatoires du derme augmentent ; la dilatation vasculaire et des

fentes lymphatiques est plus accentuée; l'œdème, au derme et aux papilles, est plus prononcé, l'infiltration cellulaire périvasculaire des lymphocytes et des leucocytes mononucléaires de tous les vaisseaux et des capillaires est plus considérable et la prolifération des cellules conjonctives devient plus accentuée. A l'épiderme il y a, outre l'hyperplasie de la couche épineuse beaucoup plus considérable, les bourgeons épithéliaux qui sont très proliférés, une pigmentation par places très accentuée de toute la couche épineuse; l'œdème parenchymateux et intercellulaire des cellules épineuses est par places beaucoup plus accentué donnant lieu à la disparition de la kératohyaline dans plusieurs places et à la formation des squames parakératosiques plus ou moins épaisses, par places très épaisses et saillantes, de formes variables, coniques, ovalaires, aplaties, etc. Ces squames parakératosiques siègent également à la surface de l'épiderme et aux orifices folliculaires, et sont aussi, quelques-unes, coniques et très saillantes, comme des épines. Quelques follicules contiennent parfois 2 à 3 cheveux ou plus. Quelquefois ces squames parakératosiques coniques bouchent tout l'orifice folliculaire dilaté et compriment quelquefois les gaines cellulaires folliculaires, qui, au lieu d'être rectilignes, se montrent plissées, formant des saillies latérales et les cheveux comprimés par ces squames dans l'intérieur des follicules se montrent plissés, en zig-zag, enroulés, de formes serpentines, etc. De façon que dans le pytiriasis rubra pilaire d'abord il y a à la surface hyperkératose et formation, aux orifices folliculaires, des bouchons en cônes cornés hyperkératosiques, ensuite il y a parakératose et déformation de squames aplaties ou saillantes comme des épines siégeant aussi bien à l'épiderme qu'aux orifices folliculaires et les cônes cornés pilaires saillants, qui d'abord sont hyperkératosiques, deviennent ensuite parakératosiques.

Dans les parties de pityriasis rubra pilaire encore plus enflammées, l'œdème parenchymateux et intercellulaire de la couche épineuse est encore plus considérable, la couche granuleuse est dans plusieurs places disparue; les squames parakératosiques de la surface sont beaucoup plus épaisses et par places très saillantes contenant par places des foyers de leucocytes polynucléaires et quelques lymphocytes et des noyaux cellulaires, très dégénérés, vacuolisés, brisés et atrophiés, et la couche

épineuse est encore plus énormément proliférée, contenant de très nombreuses mitoses et il se forme au-dessous de ces squames une nouvelle couche épineuse et granuleuse et une nouvelle couche cornée normale, qui met en élimination les squames.

En outre, on voit dans l'un de ces deux cas de pityriasis rubra pilaire, le deuxième cas, *une hypertrophie très considérable des muscles arrecteurs et de tous les muscles lisses de la peau* ; tandis que dans le premier cas, dans toutes les deux pièces, il n'y a pas d'hypertrophie des arrecteurs ni des muscles lisses de la peau.

Comme il a été dit au début, les principaux auteurs qui ont fait l'examen histologique du pityriasis rubra pilaire avaient constaté principalement de l'hyperkératose et, par-ci, par-là, de la parakératose. Dans cette première pièce excisée des parties de pityriasis rubra pilaire contenant le granité pilaire, nous avons aussi constaté principalement de l'hyperkératose. Mais tandis que dans les deux dernières pièces excisées des parties érythémateuses desquamantes de pityriasis rubra pilaire, nous avons principalement constaté des altérations parakératosiques, formation de squames épaisses parakératosiques, par places très saillantes comme des épines, siégeant aussi bien à l'épiderme qu'aux orifices folliculaires, qu'elles remplissent sous forme de bouchons coniques parakératosiques et les cônes cornés pilaires, qui au début sont hyperkératosiques, deviennent ensuite parakératosiques. Unna avait émis l'opinion que dans les parties érythrodermiques du pityriasis rubra pilaire, la parakératose devait être plus prononcée et remplacer l'hyperkératose. Unna s'était exprimé dans son Histopathologie, page 300, de la façon suivante : Die Vorgänge bei der Pityriasis rubra pilaris bewahren immer einen rein progressiven entzundlichen Character », et, page 304, il conclut que le pityriasis rubra pilaire, de même que l'ichthyose : « Stehh wie diese aûf der Greuze der Parakeratosen, die Hyperkeratose schlägt bei beiden nür ùnter stärkerer entzündlicher Wallungen das Gewöhnliche bild der Parakeratosen ùm.

Cette manière de voir de Unna, en ce qui concerne le Pityriasis rubra pilaire, se trouve confirmée par l'examen de mes pièces.

Littérature

1 Traités de Dermatologie de Devergie, Besnier, Doyon, Brocq.
2 RICHARD.— Pityriasis pilaris. Thèse, Paris, 1877.
3 BESNIER.— Pityriasis rubra pilaire. *Annales*, 1889, p. 254. (Darier et Jacquet : Histologie.)
4 BOECK.— Ein Fall von Pityriasis pilaris *Mon.*, 1889, n° 3.
5 ROBINSON. — Die Frage der Nerwandschaft zwischen Lichen planus (Wilson) und Lichen ruber (Hebra) *Journal*, 1889, Marz.
6 TAYLOR. — Lichen ruber nach americanischen Beobachtungen *New-York med. journ.* 1889, Jan 5 (Van Giesons Histologie.)
7 V. DURING. — Lichen, Lichen neuroticus und Pityriasis rubra pilaris. *Mon.* 1893.
8 AUDRY. — Anatomische Untersuchungen ruber die Keratosen. *Annales*, 1893.
9) TOMMASOLI.— Autotoxische Keratodermiten. Dermat. Studien, 1892
10 GALEWSKY. — Pityr. rubra pilaris. etc., etc., 1892. Erg. H. I.
11 UNNA. — Histopathogie, page 257.
12 LEWIN. — Derm. Pityriasis rubra pilaris. *Arch. f. Derm.*, 1895, XXXI. p. 267. — *Arch. f. Derm.* 1895. XXXII p. 476. — *Arch. f. Derm.* 1895, XXXIII. p. 205.— *Arch. f. Derm.* 1896. XXXV. p. 295.
13 LUKASIEWIZ. — Lichen ruber acuminatus, etc.— *Arch. f. Derm.*, 1896, XXXIV, p. 163.
14 TOROK. — Derm. Lichen ruber acuminatus. — *Arch. f. Derm.*, 1897. XXXVIII. p. 464. — *Arch. f. Derm.* 1897. XXX. p. 103. — *Arch. f. Derm.* 1898. XLII. p. 146.
15 HAVAS. — Ueber Lichen ruber acuminatus. — *Pester. med. Chir. Presse.* 1890 n° 3.— *Arch. f. Derm.* 1898, XLVI. p. 130.
16 MOURCK. —

SOCIÉTÉS SAVANTES

—

SOCIÉTÉ CHIRURGICALE DU BRABANT.

La colique thoracique consécutive à une injection d'huile grise n'est pas due à une embolie. — Un témoignage nouveau.

Par M. DUBOIS-HAVENITH.

L'heure étant déjà très avancée, je vous remercie, Messieurs, de vouloir bien me permettre de prendre encore la parole. Je suis d'autant plus sensible à cette faveur que la petite communication que j'ai à vous faire n'est pas à l'ordre du jour. Je serai très bref.

C'est encore de l'huile grise que je voudrais vous entretenir, à propos des accidents que les injections mercurielles insolubles peuvent déterminer, quelque soin qu'on apporte à les faire.

Vous vous souvenez que notre distingué collègue, M. Duhot, est venu déclarer, il y a deux ans, à la séance du 3 octobre 1906, que la *colique thoracique*, pour me servir de l'expression employée par Milian, était *toujours* imputable à une faute de technique, ce qui revenait à dire que quiconque verrait survenir cet accident à la suite d'une injection d'huile grise ne devait s'en prendre qu'à lui-même, à son imprudence ou à son inhabileté, et que le meilleur conseil qu'on pût lui donner était d'aller voir opérer les spécialistes auxquels pareil mécompte n'arrive jamais.

Je ne songe pas, vous pensez bien, à rouvrir une discussion close, et bien close, mais j'ai cru que vous me sauriez gré de vous apporter aujourd'hui un *fait nouveau* qui, comme vous le verrez tout à l'heure, tranche la question dans un tout autre sens que le voulait M. Duhot.

Permettez-moi d'abord de rappeler brièvement quelques passages du discours de notre collègue. Ces citations textuelles sont nécessaires pour bien faire ressortir l'importance de ce fait nouveau qui va réduire à néant les conclusions de M. Duhot

« Quant à la cause de ces accidents, nous disait-il, les *opinions* sont partagées. Les uns les attribuent à l'intoxication, les autres, à l'embolie. Je crois que les deux hypothèses sont vraies, mais *que* dans l'un et l'autre cas, *il s'agit d'une faute de technique* . »

M. Duhot n'hésite donc pas à affirmer qu'il y a toujours faute de technique, et, comme vous pourriez hésiter à le croire sur cette simple affirmation, il appelle en témoignage quelques syphiligraphes étrangers des plus autorisés.

« Je vais vous donner, nous dit-il, rapidement lecture, parmi un grand nombre, de cinq lettres des plus intéressantes pour votre édification ; elles émanent de syphiligraphes éminents et connus qui ont bien voulu me donner leurs opinions personnelles sur la méthode des injections mercurielles et sur les accidents que l'on peut observer.

« Voici d'abord l'opinion du professeur Neisser, de Breslau, auquel j'ai exposé les accidents observés par M. Dubois-Havenith : « J'estime que les symptômes que vous me décrivez sont dus à une embolie consécutive à une injection intra-veineuse. »

Vient après cela l'opinion de M. Leredde, de Paris.

« Les accidents du genre de ceux que vous relatez sont dus *simplement* à des embolies. »

Voici, continue M. Duhot, l'opinion légèrement divergente de M. Emery, de Paris :

« Les phénomènes que vous décrivez, je les ai rencontrés dans ma pratique... Des exemples prouvent que les accidents en question *ne sont pas toujours imputables à une petite embolie.* Un de mes malades présentait ces accidents très régulièrement avec une dose déterminée d'huile grise et ne les présentait plus avec une dose moindre.

« J'ai souvent observé cette influence de la dose injectée. J'ai observé également l'apparition de ces accidents plus fréquemment à la fin des séries d'injections qu'au commencement. J'en ai donc conclu qu'ils étaient dus à une *intoxication mercurielle* déterminée suivant les cas : soit par une injection intra-veineuse, soit par une intolérance idiosyncrasique partielle, soit par une saturation de l'organisme. »

Et M. Duhot, continuant le dépouillement de son enquête, ajoutait, avec une satisfaction que je comprends sans peine :

« Veuillez écouter maintenant l'opinion qu'exprime le Dr Levy-Bing, dont la compétence sur ces questions vous est connue par la remarquable thèse qu'il a publiée sur la question des injections mercurielles. »

M. Levy-Bing déclare formellement que, « quant aux accidents alarmants dont il est question, constriction thoracique, dyspnée, fièvre, etc., etc., il ne les a jamais observés. »

Voilà, déclare M. Duhot « *une opinion compétente bien faite pour entraîner la conviction....* Si sur un nombre aussi considérable d'injections, faites en un seul temps, le Dr Lévy-Bing ne note pas d'accidents sérieux, il faut bien admettre que si d'autres médecins les rencontrent, *ils sont dus à des fautes de technique* ».

Vient enfin une longue lettre du Dr Jullien qui déclare à son tour « n'avoir jamais observé d'embolie ».

« Voilà, conclut alors M. Duhot, l'opinion de syphiligraphes éminents, rompus à la pratique des injections mercurielles, et vous voyez qu'elle est tout en faveur des injections insolubles, dont les accidents ne constituent plus aujourd'hui qu'un *fait historique* ! »

Un fait historique ! Ce qui revient à dire, si je comprends bien, Messieurs, que toute discussion est désormais superflue, car la preuve est définitivement acquise et enregistrée par l'histoire qu'une faute de technique peut seule expliquer les accidents dont il s'agit.

En présence de tant de témoignages, émanant d'observateurs aussi considérables, que me restait-il à faire ? Me taire et attendre. C'est ce que j'ai fait.

Près de deux années se sont écoulées depuis que M. Duhot a déclaré que la cause était entendue.

J'ai déjà eu l'occasion, au cours de cette année, de vous apporter ici, à l'appui de la thèse que je défends, le témoignage du Dr Milian de Paris, qui a décrit récemment, d'une façon tout à fait remarquable, sous le nom de colique thoracique, les accidents que j'avais observés et signalés.

Vous vous souvenez que, pas plus pour M. Milian que pour nous, il ne pouvait être question de faute de technique ni d'embolie.

Aujourd'hui, c'est M. Duhot lui-même qui nous apporte l'appoint imprévu et inespéré de son témoignage personnel en faveur de son interprétation.

J'avais eu avec lui, il y a quelques mois, un entretien au cours duquel je n'avais pas été un peu surpris d'apprendre qu'il avait observé à son tour quelques accidents de colique thoracique à la suite d'injections intramusculaires d'une nouvelle huile au calomel. Comme il n'est pas d'usage de faire état de conversations particulières dans une discussion scientifique, je lui avais suggéré l'idée de communiquer à la Société médico-chirurgicale les faits intéressants qu'il venait d'observer. Après la longue discussion d'il y a deux ans, cette communication me paraissait tout indiquée.

M. Duhot a voulu me laisser le plaisir de la faire moi-même, car il a publié depuis lors, dans le numéro de mars des *Annales de la Policlinique centrale*, un article où je rencontre le passage suivant :

« Parmi les 40 malades injectés avec le nouveau calomel injectable du Dr Lafay, *j'ai eu plusieurs cas de grippe mercurielle et 8 malades ont été atteints de colique thoracique, dont 3 cas très violents.* Ces injections, conduites pour vérifier la tolérance plus grande du nouveau calomel, ont eu un autre résultat, celui d'*élucider la pathogénie encore obscure de la colique thoracique et de modifier presque totalement mon opinion sur la genèse de ce phénomène pathologique.* Tout en ne niant pas que l'intoxication puisse se produire, *j'étais plutôt tenté de l'attribuer à de minuscules embolies.* Les cas de colique thoracique intenses que j'ai pu observer à la suite des injections du nouveau calomel *ont eu pour moi la valeur d'une expérience de laboratoire et je me rallie à l'opinion d'Emery, Milian, Dubois-Havenith qui l'attribuent à une intoxication mercurielle.* »

Je n'ai rien à ajouter, Messieurs, à cette déclaration. Tout commentaire serait superflu. Les accidents que j'avais signalés ne constituaient donc pas un « fait historique ». L'histoire a quelquefois de ces retours inattendus avec lesquels il faut compter.

Je n'insiste pas ; mais que reste-il à présent des témoignages de nos éminents confrères étrangers, dont les lettres, des plus intéres-

santes, nous ont été communiquées par M. Duhot, pour notre édification ?

Un dernier point, Messieurs, et je finis.

M. Duhot s'est efforcé, à diverses reprises, de nous démontrer l'action abortive de son traitement intensif de la syphilis. Sa conviction paraît inébranlable. S'appuie-t-elle sur des faits suffisamment établis ?

Sans contester le moins du monde les qualités réelles de l'huile grise et sa valeur curative remarquable, nous n'avons pas cru devoir tenir jusqu'ici pour démontrée cette action abortive *sûre* dont M. Duhot ne doute pas.

Je ne puis résister au désir de vous communiquer à ce propos une note que je viens de recueillir aujourd'hui même dans le *Bulletin de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie*.

Veuillez écouter, pourrais-je dire en me servant textuellement des termes dont s'est servi M. Duhot lui-même quand il nous a présenté naguère M. Levy-Bing « veuillez écouter, Messieurs, l'opinion qu'exprime le Dr Levy-Bing, dont la compétence sur ces questions vous est connue par la remarquable thèse qu'il a publiée sur la question des injections mercurielles » :

« Je n'ai pas essayé les moyens locaux pour faire avorter la syphilis, mais j'ai plusieurs fois appliqué dans ce but le traitement général intensif, en particulier les injections d'huile grise à haute dose préconisées par le Dr Duhot. Cet auteur a observé des malades qui, grâce à son traitement, n'ont pas eu d'accidents secondaires pendant un assez long espace de temps. J'ai eu l'occasion de traiter un chancre dès le troisième jour de son apparition ; j'ai fait consécutivement 16 injections d'huile grise à la dose de 14 centigrammes par semaine. Dans les délais normaux, j'ai vu apparaître la roséole, puis les plaques muqueuses. Dans un autre cas, traité aussi dans les premiers jours, la roséole est apparue après la sixième injection. En somme, les résultats ont été absolument négatifs en ce qui concerne l'abortion de la syphilis. »

Vous savez quel cas M. Duhot fait de l'opinion de M. Lévy-Bing en matière de thérapeutique mercurielle par l'huile grise. Vous ne vous étonnerez donc pas que j'aie tenu à le citer à mon tour.

De ce que je viens de vous rapporter, je me crois en droit de conclure, Messieurs, que la méthode intensive de M. Duhot, contrairement à ce qu'il croit et affirme, ne fait pas avorter *sûrement* la syphilis. (*Presse méd. belge.*, 26 juillet 1908.)

REVUE ANALYTIQUE

F. Lejars : **Les abcès sous-uréthraux chez la femme.** (*Sem. méd.*, 1908, nº 31.) — Le plus souvent d'origine glandulaire ; anatomiquement proviennent de trois groupes ; canalicules intra-uréthraux (conduits de Skene) ; para-uréthraux (lacunes latérales) ; péri-uréthraux (lacunes et conduits du septum). On y trouve le plus souvent le gonocoque, c'est d'ailleurs la cause la plus fréquente ; on a pu aussi trouver le staphylocoque ou le coli-bacille. Cliniquement, on peut distinguer : 1º les petits abcès ou trajets purulents latéraux ; 2º les gros abcès médians, de tout le septum, non fistuleux ; 3º les poches suppurées médianes, fistuleuses. Le diagnostic est à faire avec l'uréthrocèle, le kyste de la paroi urétro-vésicale, les fibromes ou fibro-sarcomes, enfin l'épithélioma de l'urèthre. Le traitement c'est l'incision pure suivie d'excision de la paroi. Pour les petits abcès « canaliculaires » qui s'ouvrent au méat ou dans son voisinage, les instillations de teinture d'iode ou de nitrate d'argent sont utiles parfois. P. M.

Poulard : **L'orgelet.** (*Prog. méd.*, 1908, nº 30.) — Il faut distinguer l'orgelet superficiel des glandes pilo-sébacées et l'orgelet interne, interstitiel des glandes de Meibomius. On retrouve constamment le staphylocoque dans le pus des orgelets. Comme traitement l'A. conseille au début des compresses imbibées d'eau chaude. Dès qu'on a une teinte jaune évacuer par une incision, soigner la blépharite, s'il y a lieu. P M.

Alex. Renault : **Des syphilides gommeuses ulcératives.** (*J. des Praticiens*, 1908, nº 29.) — L'A. montre que l'ulcération syphilitique se caractérise par : 1º sa profondeur (2 à 3 mm.) ; 2º ses bords franchement taillés à pic et le fond bourbillonneux ; 3º la configuration de la lésion circulaire ou en segments de cercle ; 4º son indolence sans réaction locale ni générale. Ces bases posées l'A., fait le diagnostic différentiel, avec : 1º les ulcérations infectieuses de cause générale, tuberculeuses, épithéliomateuses, lépreuses, morveuses ; 2º ulcérations infectieuses d'origine locale ; ulcérations echtymateuses ; 3º les ulcérations variqueuses ; 4º les ulcérations médicamenteuses (ioduriques, bromides) ; 5º les ulcérations parasitaires (actinomycose). L'A., en terminant, insiste sur l'influence de l'abus de l'alcool en ce qui concerne les manifestations cutanées de la syphilis, et cela à toutes les périodes de la maladie. P. M.

Delmas et Roger : **Rhumatisme blennorrhagique chez la femme enceinte.** (*Gaz. des Hôp.*, 11 août 1908.) — Les A. publient un cas de rhumatisme blennorrhagique. Ils étudient ensuite la pathogénie de

ces arthrites et séparent les arthrites survenues pendant la grossesse de celles que l'on voit après l'accouchement. Les premières sont liées à la blennorrhagie, c'est le rhumatisme blennorrhagique banal évoluant chez la femme enceinte comme chez d'autres personnes. Les arthrites survenues après l'accouchement ne sont qu'une des localisations de l'infection puerpérale ; parfois seule manifestation, elles surviennent plus souvent au cours de la forme pyohémique. Elles sont dues au streptocoque. Il n'y a donc pas de rhumatisme puerpéral vrai. Au point de vue traitement, la méthode de Bier a paru, à la longue, donner quelques résultats favorables aux auteurs qui conseillent ensuite d'éviter le salicylate de soude quand il y a tendance à l'avortement. P. M.

E. LENOBLE: **Mycosis fongoïde ayant évolué en 4 années. Leucocytose avec mononucléose et éosinophilie. Anasarque terminal. Noyau mycosique dans le poumon droit.** (*Ann. dermat. et syph.*, juin 1908.) — L'A. après une observation des plus complètes suivie d'autopsie, montre les caractères spéciaux de la formule hémo-leucocytaire ; l'identité histologique des tumeurs de la peau et pulmonaires. L'anasarque apparue à la fin de la vie serait la manifestation toxique. A signaler aussi le petit volume de la rate et l'absence d'hypertrophie du foie. P. M.

LADISLAS KOPYTOWSKI : **Sur l'emploi du zinc métallique en poudre dans le traitement des ulcérations des parties génitales.** (*Ann. dermat. et syph.*, juillet 1908.) — L'A. range le zinc métallique en poudre à côté de l'iodure, l'airol, l'europhène, le dermatol, etc, pour le pansement des chancres, des érosions superficielles des parties génitales, des plaques syphilitiques ; et aussi pour le pansement de bubons jusqu'à ce que le fond de l'abcès soit détergé. L'A. apporte 150 cas avec résultats très satisfaisants. P. M.

QUEYRAT et G. LAROCHE : **Tuberculose ulcéreuse du pouce prise pour un chancre syphilitique.** (*Bull. Soc. méd. hôp.*, 1908, n° 20.) — Les auteurs présentent un malade porteur d'une ulcération du pouce droit diagnostiquée chancre syphilitique et que l'examen du pus et une biopsie montrèrent de nature tuberculeuse. Les A., à ce sujet, montrent l'utilité des recherches de laboratoire comme adjuvant à la clinique. P. M.

G. PETGES et H. BICHELONNE : **Septicémie à bacille pyocyanique et pemphigus chronique vrai.** (*Ann. dermat. et syph.*, juillet 1908.) — Les auteurs font suivre leur très complète observation avec autopsie de ce résumé : 1° Un malade atteint de pemphigus chronique a présenté spontanément des abcès multiples, qui, dès l'incision laissaient s'écouler du pus bleu. 2° Il a eu à différentes reprises des décharges d'urines bleues, dans lesquelles les réactions classiques ont

mis en évidence la pyocyanine ; 3° Le sang prélevé aseptiquement a donné constamment des cultures pures de bacille pyocyanique. Les auteurs repoussent l'origine nerveuse du pemphigus et admettent que cette affection est bien une maladie d'origine microbienne autant par son allure clinique que par ses lésions anatomo-pathologiques, le cas qu'ils rapportent étant incontestablement causé par une septicémie pyocyanique. P. M.

NORDMAN et WIES : **Néphrite syphilitique secondaire. Guérison rapide par traitement mercuriel intensif.** (*Rev. prat. des mal. des org. génit. urin*,. juillet 1908.) — Les A. rapportent l'observation d'une néphrite syph. second. guérie en 3 jours par une injection de calomel et les pilules de protoiodure de Hg (0,05 cgr.), 2 par jour. Les auteurs expliquent leur thérapeutique et leur succès par l'âge du malade (26 ans), l'absence chez celui-ci de passé pathologique, et enfin sa venue précoce à l'hôpital. La conduite devrait être différente en présence d'un malade taré ou d'une néphrite suraiguë. P. M.

R. SABOURAUD, A. SUIS, F. SUFFRAN : **Fréquence du microsporum caninum ou lanosum chez le chien et chez l'homme.** (*Ann. dermat. et syph.*, juin 1908.) — Les auteurs montrent la fréquence du microsporum lanosum chez le chien ; ils donnent la description de Bodin et Almy et la reprennent d'après quinze cas observés dans la région toulousaine. La maladie, qui affecte la forme d'une tondante en petites aires multiples, parcourt quatre phases, chacune assez brève, mais toutes très distinctes. Les auteurs montrent que les poils malades appartiennent à trois catégories différentes ; une partie d'entre eux seulement montrent la gaine grise caractéristique de la microsporie. L'examen microscopique du poil semble confirmer l'hypothèse que l'écorce du cheveu microsporique se perpétue à la base du cheveu à mesure qu'il pousse par la naissance aux extrémités des filaments mycéliens intra-pilaires de bouquets de spores contigus, qui naissent à la périphérie du cheveu, au-dessus du bulbe pilaire. Chez l'homme, la fréquence du microsporum lanosum varie suivant les époques, les contrées, il peut s'attaquer à la barbe et donne fréquemment des épidémies familiales. On note encore, avec cette teigne, la fréquence des cercles mycosiques de la peau glabre et sa bénignité chez l'enfant. La culture du microsporum lanosum se caractérise par la présence autour de son aire centrale glabre d'un anneau de duvet blanc laiteux saillant. P. M.

René MARTIAL : 1°) **La dermatose des cimentiers.** (*J. des Praticiens* 18 juillet 1908). — 2°) **La gale du ciment.** (*Press. méd.*, 8 août 1908.) — L'A. après avoir étudié la composition des différents ciments et montré que l'humidité favorise surtout l'éclosion de l'affection, parle de la lésion élémentaire de cette dermatose constituée par une toute petite papule, grosse comme une tête d'épingle au début. Le

prurit léger précède la papule et devient intense lorsque celle-ci est apparue. Les papules se multiplient rapidement, s'excorient par le grattage, se recouvrent ensuite d'une petite croûtelle noirâtre, laissant au-dessous d'elle une exulcération très superficielle. Les lésions siègent sur les mains et avant-bras et peuvent gagner la poitrine chez les ouvriers travaillant la chemise ouverte. L'ouvrier doit cesser tout travail pendant une durée d'une à plusieurs semaines ; deux complications sont fréquentes ; la lichénification et l'eczématisation ; on peut aussi voir des pyodermites. L'*absence de sillon* différencie cette affection de la gale parasitaire. Comme prophylaxie, l'A. conseille de s'enduire les mains et les avant-bras de lanoline pure ou de cire ; éviter les écorchures des mains ; le patron devrait fournir des gants de toile épaisse et des lunettes protectrices à ceux qui travaillent aux voûtes. P. M.

SICARD, BITH et GOUGEROT : **Sporotrichose osseuse du tibia. Présentation de malade** .(*Bull. Soc. méd. hôp.*, 1908, n° 20.) — Les A. présentent un malade atteint de gommes multiples sous-cutanées, porteur, en plus, à la face interne du tibia droit, d'une périostite gommeuse identique cliniquement à la périostite syphilitique. La culture a montré que cette lésion était due au sporotrichum Beurmanni D'où l'existence d'une sporotrichose ostéo-périostée jusqu'ici inconnue chez l'homme. P. M.

A. FAGE : **Gomme sporotrichosique périostée avec périostose du tibia.** (*Bull. Soc. méd. Hôp.*, 1908, n° 20.) — L'A. présente son malade et M. L. Brocq conclut ensuite à la nécessité de rechercher désormais la sporotrichose dans les lésions périostées qui ne sont pas très nettement d'origine syphilitique ou bacillaire. P. M.

De BEURMANN et GOUGEROT : **Sporotrichoses américaines. Diffusion du sporotrichum Beurmanni.** (*Bull. Soc. méd. des Hôp.*, 1908. n° 18.) — Les auteurs font connaître les sporotrichoses observées au Brésil par Lutz et Splendore, dans la République Argentine par Balina Marco del Pont et Greco pendant les années 1907 et 1908 et dues au Sporotrichum Beurmanni. P. M.

DE BEURMANN, GOUGEROT, VAUCHER : **Orchite sporotrichosique du rat. (Epreuve diagnostique).** (*Bull. Soc. méd. des Hôp.*, 1908, n° 20.) — Les A. montrent que le diagnostic de sporotrichose peut être fait par l'inoculation des produits suspects ou des cultures dans le péritoine du rat mâle. L'orchite qui survient dès le dixième jour, permet un diagnostic précoce. On peut, dès le quinzième ou vingtième jour, enlever l'un des deux testicules, faire des frottis et des cultures du pus des abcès et caractériser le sporotrichum. La rétroculture et les frottis sont nécessaires pour éviter de confondre le sporotrichum Beurmanni avec les saccharomycoses ou blastomycoses qui peuvent donner des lésions analogues. Le rat seul peut servir à cette épreuve diagnostique. P. M.

L. Brodier et Fage : **Sporotrichose nodulaire disséminée, à forme fébrile ; sporo-agglutination positive.** (*Bull. Soc. méd. Hôp.*, 1908, n° 24.) — Les A., en présentant leur malade, attirent l'attention sur le début aigu fébrile de la sporotrichose et sur les symptômes généraux variés qui ont accompagné l'éclosion des lésions. Les symptômes généraux n'ont disparu qu'avec l'amélioration des lésions gommeuses. Cette forme nodulaire disséminée s'est comportée, suivant les auteurs, comme une véritable septicémie. La sporo-agglutination de Widal et Abrami fut positive. A propos de cette observation, M. Milhit signale le pouvoir opsonisant des sérums normaux et des sérums sporotrichosiques envers les spores de la sporotrichose. P. M.

De Beurmann, Gougerot, Vaucher : **La sporotrichose du rat.** (*Bull. Soc. méd. des Hôp.*, 1908, n° 18.) — Les auteurs ont étudié la sporotrichose chez cet animal le plus sensible aux inoculations. Ils ont obtenu toute la série des sporotrichoses généralisées depuis la granulie suraiguë jusqu'aux gros tubercules sporotrichosiques et aux abcès multiples ; avec des localisations sur tous les organes, et toutes les variétés de réactions histologiques possibles. Les A. donnent ensuite le résultat de nombreuses autopsies de rat dont l'étude prouve le polymorphisme des infections sporotrichosiques généralisées et la réceptivité de tous les tissus vis-à-vis du sporotrichum Beurmanni. Ces faits nouveaux doivent inciter à rechercher la sporotrichose dans maintes affections viscérales de l'homme, notamment dans les pneumopathies, les néphropathies, les encéphalopathies, dans les ostéo-arthropathies et dans les adénites tuberloïdes. P. M.

De Beurmann, Gougerot, Vaucher : **La sporotrichose expérimentale du rat. Etude histologique de quelques localisations.** (*Bull. Soc. méd. des Hôp.*, 1908, n° 20.) — Les auteurs continuent dans ce mémoire l'étude de la sporotrichose du rat et montrent la complexité des réactions des tissus au sporotrichum Beurmanni. Tantôt les réactions sont folliculaires et tuberculoïdes ; tantôt elles sont non folliculaires et sans spécificité anatomique. Dans les réactions folliculaires : granulations, tubercules, gommes, abcès, on retrouve toutes les séries des follicules incomplets et des vascularites folliculaires qui prouvent l'origine vasculaire habituelle de ces formations tuberculoïdes. Dans les réactions non folliculaires, l'inflammation est presque constamment mixte, interstitielle, et parenchymateuse mais quelquefois elle semble uniquement parenchymateuse (néphrite, myocardite. Les réactions vasculaires, interstitielles, parenchymateuses se mélangent ou restent isolées, se succèdent ou surviennent simultanément ; les lésions folliculaires et non folliculaires se mélangent ; l'association de ces divers processus explique la complexité des réactions des tissus au sporotrichum Beurmanni. Nous ne donnons ici que le résumé du mémoire et nous y renvoyons le

lecteur pour l'étude détaillée des lésions histologiques de chaque organe. P. M.

DE BEURMANN, GOUGEROT, VAUCHER : **Sporotrichose expérimentale du chien.** (*Bull. Soc. méd. Hôp.*, 1908, n° 24.) — Les auteurs rapportent les résultats obtenus chez le jeune chien par l'inoculation sporotrichosique. Ils ont obtenu des formes multiples : septicémie suraiguë ; septicémie aiguë secondaire à une granulation sporotrichosique sans granulations ni tubercules sporotrichosiques, granulie sporotrichosique avec innombrables granulations ; sporotrichose chronique avec localisations périphériques. La gravité et la marche de l'affection varieraient suivant la dose plus ou moins grande des produits infectants. Le rein semble plus lésé que les autres organes. Les auteurs signalent la présence des parasites dans l'urine ou sporotrichurie. Faisant suite à l'étude, des mêmes auteurs, de la sporotrichose du rat, la sporotrichose généralisée du chien donne de nouveaux exemples de localisations viscérales et elle permet de prévoir chez l'homme les mêmes localisations de l'affection ; elle prouve une fois de plus l'existence des sporotrichoses aiguës, les unes septicémiques, les autres granuliques. P. M.

REVUE DES JOURNAUX

Louis JULLIEN. — **Sur un cas de syphilis accompagné de vertiges.**

En mai 1905, M. Jullien fut consulté par M. G., un homme robuste âgé de trente et un ans, syphilitique depuis deux ans. La maladie avait été mollement traitée, et seulement par l'iodure de potassium. Réflexes notablement exagérés, urines dépourvues de sucre et d'albumine, avec une abondante quantité d'urobiline, et quelque peu d'indican. Le malade accusait de la céphalée frontale, et quelques rapides défaillances, comme de petits ictus, survenus depuis quelque temps. Tout bruit, tout mouvement brusque le faisait souffrir et troublait son équilibre. Aussi a-t il été obligé de prendre une canne pour se soutenir. Etat général parfait, bon appétit, pas de constipation. L'auteur donna d'abord six injections d'huile grise de 6 centigr. métal. Les accidents vertigineux persistant, l'iodure fut prescrit à la dose de 3 gr, ; mais le soulagement fut éphémère. En octobre 1905, les maux de tête reprirent avec une intensité plus grande, occupant le sommet de la calotte cranienne ; peine pour marcher, crainte de tomber, troubles de la vue et éblouissements. Une analyse d'urine fournit des résultats satisfaisants : densité 1024 ; acide urique 0,66 ; urée 17,42 ; chlorures 11,80 ; phosphates 4,22 ; sulfates 2,49 ; oxalate : présence ; indican abondant ; urobiline en petite quantité. En octobre et novembre 1905 :

25 injections mercurielles à 1 centigr. métal. En décembre et janvier 2' injections nouvelles semblables. Nouvel essai, et toujours infructueux, de l'iodure. Entre temps, M. G. est examiné par des spécialistes expérimentés, au point de vue de l'estomac, des yeux, des oreilles. Mais rien n'est découvert qui puisse expliquer la persistance des accidents nerveux. Ceux-ci semblent redoubler ; M. G. en est arrivé à fuir toute conversation quand il n'est pas assis. Essaye-t-il de causer quelques minutes debout, il a peur de tomber, sent l'éblouissement venir, passe la main sur ses yeux, titube et cherche un point d'appui. L'époque des stations thermales étant venue, M. Jullien ne manqua pas d'envoyer son malade dans une station renommée par son action sur la syphilis ; mais, malgré le traitement très énergique qu'il y subit, l'amélioration ne fut pas appréciable. En octobre 1906, après avoir inutilement conseillé un traitement bromuré, l'auteur fut ramené forcément au diagnostic d'accidents cérébraux spécifiques, et fit encore quatre injections de calomel de 5 centigr. chacune. Le 4 octobre, jour où il faisait la dernière, M. G. lui apprit qu'il a trouvé sur ses matières des fragments blanchâtres qu'il supposait appartenir à un ver solitaire. Il espérait que le parasite était la cause des troubles nerveux et entrevoyait déjà sa guérison. Il ne se trompait pas. M. Jullien prescrivit le remède du regretté Duhourcau, qui amena l'expulsion d'un énorme *tœnia medio-cannellata*, et peu de jours après, eut le plaisir de revoir son malade en pleine santé et en complète possession de son équilibre reconquis. Un tel fait se passe de commentaires, conclut l'auteur et il ajoute que ce sera son plaisir, ayant fait fausse route, si cette histoire peut éclairer quelques-uns de ses confrères, et les empêcher de tomber dans la même méprise. (*Bull. méd.* 23 janv. 1907.)

RHENTER. — **Botryomycome du médius gauche.**

M. J. Rhenter, interne des hôpitaux, a présenté le 24 fév. 1908 à la Soc. nat. de méd. de Lyon, au nom de M. le Prof. Poncet, le cas suivant de botryomycose :

Il s'agit d'un homme de 62 ans, exerçant la profession de cultivateur, qui a vu apparaître il y a une dizaine de mois l'« *excroissance de chair* » pour laquelle on l'a envoyé à la clinique. Il doit avoir éprouvé, pendant un certain temps, une sensation de piqûre au niveau de la face palmaire de l'articulation de la phalangette et de la phalangine du médius gauche, puis à cet endroit apparut une élevure cutanée du volume d'une tête d'épingle en verre. La peau éclata au bout de quelques semaines, laissant paraître une petite masse charnue qui augmenta peu à peu de volume et se présente aujourd'hui avec les caractères suivants : on se trouve en présence d'une tuméfaction rougeâtre du volume d'un gros pois qui, nettement pédiculée (il est facile de s'en rendre compte en la soulevant légèrement), se met à saigner au moindre heurt. Les sensations douloureuses ont complètement disparu et le malade vient demander une intervention parce que les traitements jusqu'alors employés

n'ont donné aucun résultat. Ni les pansements divers, ni même la cautérisation pratiquée par un médecin ne sont en effet arrivés à faire disparaitre définitivement la tuméfaction saignotante dont il est porteur.

On se trouve bien en présence d'un cas typique de botryomycose humaine telle que l'a décrite M. le Prof. Poncet. Ajoutons que notre malade ne nous a donné absolument aucun renseignement sur une étiologie possible ; il ne s'est pas piqué au niveau de la région malade, et c'est spontanément que sont apparus, semble-t-il, les phénomènes initiaux.

GROUVEN. — **Chancre mou extra-génital (ulcera mollia extra-genitalia).**

Les chancres mous extra-génitaux s'observent surtout chez les pervertis sexuels. Suivant l'auteur, ils ne seraient pas aussi rares qu'on le prétend.

Dans le cas de M. Grouven, les ulcères multiples de chancre mou étaient disséminés sur le pharynx d'une bonne de 24 ans. Le bord libre du voile et les parties latérales du pharynx étaient presque entièrement ulcérés. Le diagnostic a été fait par la constatation, dans les sécrétions des ulcérations, du bâtonnet de Ducrey. Les ganglions sous-maxillaires étaient tuméfiés et indolores. La guérison a été rapide après quelques applications d'iodoforme. (*Journ. russe des mal. cut. et vén.*, août 1907. Anal. in : *Rev. de Lar. Ot. et Rhin.* n° 10, 7 mars 1908.)

MM. BONNET et V. DORDIER. — **Bouche et pharynx buccal. Syphilis et cancer de la langue.**

MM. L.-M. Bonnet et V. Dordier présentent un malade atteint de cancer de la langue. C'est un ancien syphilitique.

Au sujet de cette présentation, les auteurs préconisent la biopsie comme moyen de diagnostic des lésions cancéreuses chez les syphilitiques, de préférence au traitement d'essai. (*Société des Sciences méd. de Lyon*, séance du 30 janv. 1907, in : *Lyon méd.* du 21 avril 1907, in : *Rev. de Lar. Ot. et Rhiu.* n° 12, 21 mars 1908.)

M. HERTZ. — **Sur la tuberculose des gencives.**

L'auteur passe en revue l'historique de cette affection, puis en fait une description basée sur les cas connus et sur une observation personnelle très intéressante. (*Monats. f. Ohrenheilk*, 1907, n° 7, in : *Rev. Lar. Ot. et Rhin.* n° 5, 1 fév, 1908.)

BAURONVICZ. — **Kératose obturante (Keratosis obturans).**

Travail sur le cholestéatome, rappelant les détails connus sur cette affection, signalant les erreurs qui ont été commises sur cette prolifération épidermique. L'affection qui, par erreur de diagnostic, paraît être fréquente, n'est cependant pas rare. A l'appui de ses développements, l'auteur commente sept observations personnelles, qu'il parvint à guérir

sans qu'aucune d'elles nécessitât d'intervention chirurgicale. (*Monats. f. Ohrenheilk*, 1907, n° 7, in : *Rev. de Lar. Ot. et Rhin.* n° 11, 14 mars 1908.)

L.-M. Bonnet. — **Syphilides en corymbes ; papules géantes.**

M. L.-M. Bonnet a présenté à la Société des Sciences médicales Lyon un homme de 25 ans, qui est en traitement dans son service pour syphilis secondaire. Il a eu un chancre en octobre dernier.

Il est porteur d'une éruption papuleuse généralisée, qui est remarquable par deux faits :

1° Le *volume de certains éléments* : un certain nombre de papules dépassent la largeur d'une pièce de 1 franc et font une saillie arrondie véritablement hémisphérique ;

2° *Leur groupement* : en de nombreux points on constate une disposition qu'il est rare de voir aussi accusée ; une papule géante est entourée d'une nuée de petites papules. La comparaison d'un soleil central entouré d'une multitude de planètes satellites est excellente. On a tout à fait l'impression que le virus a dû arriver pour ainsi dire en masse pour former l'élément géant central et que de là il s'est répandu tout autour par une sorte d'essaimage secondaire. (*Lyon médical*, p. 369.)

L.-M. Bonnet. — **Eruption pustuleuse généralisée due à l'iodure de potassium.**

M. L.-M. Bonnet a présenté à la même séance un homme de 23 ans, entré dans son service de l'Antiquaille, le 16 novembre, pour une éruption généralisée ; c'était de petites pustules reposant sur une base rouge un peu papuleuse. Cette éruption existait depuis cinq mois.

Il était évident qu'il s'agissait non pas d'une infection de cause externe mais d'une éruption de cause interne (toxique ou infectieuse). L'hypothèse de syphilide acnéique paraissait assez probable à première vue. Interrogé à ce point de vue, il dit avoir eu un chancre de la lèvre en août dernier.

Mais il faut reconnaître que les détails, peu précis d'ailleurs, qu'il donne sur cette lésion rendent sa nature très douteuse ; autant qu'on peut se faire une idée sur une lésion disparue depuis longtemps, je serais plutôt porté à penser qu'il ne s'est pas agi d'un chancre. D'autre part, il semble que l'éruption ait été un peu antérieure à la lésion de la lèvre.

Quoi qu'il en soit, en dictant les caractères de l'éruption, j'avais fait écrire qu'elle était très analogue à une éruption iodique. Le malade, en entendant cela, déclara qu'il prenait de l'iodure depuis quatre mois pour les glandes qu'il avait eues au cou. Comme cela coïncidait assez bien avec le début de l'éruption, je pensai qu'on devait attribuer celle-ci à ce médicament plutôt qu'à la syphilis très douteuse.

On ne donna aucun médicament (ni mercure ni autre) et l'éruption, qui existait depuis si longtemps, régressa rapidement. Pour faire la contre-épreuve, on lui donna il y a six jours 40 grammes de sirop de

Gibert ; cette faible dose réussit à provoquer une nouvelle poussée pustuleuse semblable à la première.

En outre, le malade avait à son entrée les deux lésions que l'on voit encore. Malgré leur apparence de gommes tuberculeuses, il aurait pu, à la rigueur, s'agir de lésions iodiques ; car j'ai vu l'iodure produire des lésions tout à fait semblables. Mais la suppression, puis la reprise de l'iodure, n'eurent aucune action sur elles. Ce sont bien des lésions tuberculeuses. D'ailleurs, elles en ont si bien l'aspect qu'il n'y aurait pas eu lieu même à la moindre hésitation s'il n'y avait pas eu la coïncidence d'une éruption iodique chronique. (*Lyon méd.*, *ibidem.*)

Dr PASQUEREAU. — **Tumeur de la grande lèvre.**

A la fin de la dernière séance de la Société anatomo-pathologique de Nantes, M. Malherbe voulut bien couper une petite tumeur que je venais d'enlever dans le service de la clinique, et macroscopiquement il paraissait s'agir d'un fibrome. Des coupes histologiques ont été faites, soumises à la compétence de M. Malherbe et de M. Chevassu, de Paris, et montrent bien du tissu fibreux en abondance, mais au milieu de ce tissu, des acinis quelques-uns sains mais rares, la plupart bourrés de cellules épithéliales.

Voici quelques mots sur l'observation de la malade :

Femme de 65 ans, ménagère, ne présentant rien d'intéressant dans ses antécédents héréditaires. Notons cependant, dans ses antécédents familiaux, un neveu porteur d'un néoplasme de la main si étendu que l'amputation en fut faite.

Personnellement, la malade n'est suspecte ni de tuberculose ni de syphilis.

Elle fut réglée à 13 ans, toujours très irrégulièrement, et atteignit la ménopause à 33 ans.

Mariée à 29 ans, elle n'a eu ni enfants, ni fausses couches.

Il y a deux ans, la malade éprouvant de la gêne à la marche, eut l'attention attirée sur une petite grosseur située à la partie supérieure de la grande lèvre droite et qui alla grossissant peu à peu. La tumeur devint le siège de cuisson, d'élancements, surtout après les moments de fatigue. De plus, la malade ressentit de la gêne à la miction.

En même temps, des douleurs apparaissent dans l'aine droite.

L'entrée à l'hôpital est motivée par la gêne et la douleur que la malade éprouve.

L'examen décèle une néoformation située sur la face interne de la grande lèvre droite, un peu au-dessous du clitoris, au niveau du méat urinaire. Les téguments sont surélevés sur une surface équivalente à celle d'une pièce de deux francs. Cette plaque hypertrophique est ovalaire, rouge, brillante et lisse. Elle n'est nullement ulcérée. Elle est saillante d'un demi-centimètre environ.

A la palpation, on trouve une tumeur du volume d'une petite noix, bien limitée, mobile sur les plans sous-jacents.

On sent des ganglions dans la région inguinale droite (groupe supéro-interne). Il en existe aussi à gauche.

Je fis l'ablation de cette tumeur avec l'assistance de notre ami le Dr Montfort. Elle fut facile. Notons cependant une particularité : la tumeur côtoyait l'urètre et l'on prit garde de ne point léser ce canal. Suintement sanguin en nappe, habituel dans cette région. Réunion de la plaie aux crins de Florence.

J'ai songé à présenter cette tumeur :

1° Comme un type d'épithéliome des grandes lèvres d'origine glandulaire alors que, d'après les auteurs, il s'agit la plupart du temps, dans cette région, d'épithéliome à type pavimenteux lobulé, tel qu'on en trouve dans le sillon balano-préputial de l'homme ;

2° Pour son origine glandulaire. S'est-elle développée en effet simplement aux dépens de glandes sébacées ? ou bien provient-elle d'une glande *para-uréthrale*, comme ses connexions avec l'urètre pourrait vous le faire supposer, ou bien encore d'un débris des canaux de Wolf ?

3° Pour son aspect clinique qui répond peut-être à un type déterminé d'épithéliome glandulaire.

Au sujet de ces tumeurs de nature épithéliales, Malherbe dit qu'il y a lieu de distinguer deux groupes :

1° Epithéliomes primitivement lobulés, tels ceux de la face ; 2° les adénomes, tels certaines tumeurs des petites lèvres, constituées par de l'épithéliome avec culs-de-sac glandulaires rappelant l'aspect des glandes du col utérin ou des glandes vulvo-vaginales et développés probablement aux dépens de lobules glandulaires aberrants.

A côté de cela, les tumeurs fœtales se distinguant par la multiplicité de leurs tissus. (*Gaz. méd. de Nantes*, 29 février 1908.)

LEBAILLY.— **Multiplication « in vitro » du « Treponema pallidum ».**

Ayant eu l'occasion de constater la présence d'un nombre considérable de tréponèmes pâles dans le foie et la rate d'un fœtus syphilitique macéré, expulsé dix jours après sa mort, je me suis demandé si ces parasites ne s'étaient pas abondamment multipliés dans l'intervalle de temps compris entre la date de la mort et celle de l'expulsion, étant données les conditions favorables de milieu et de température où ils se trouvaient.

J'ai pu vérifier expérimentalement le bien fondé de cette hypothèse sur un fœtus syphilitique de six mois et demi n'ayant subi qu'un commencement de macération, dont j'ai prélevé aseptiquement et mis à l'étuve à 37° divers fragments provenant du foie, de la rate, du cœur et du muscle grand pectoral.

L'examen des pièces prélevées sur le cœur et le grand pectoral, pratiqué quinze et quarante-cinq jours après le début de l'expérience, ne montra pas trace de tréponèmes. Par contre, le foie et la rate en renfermaient, après deux semaines de passage à l'étuve, un nombre très considérable ; l'examen de la rate était particulièrement démonstratif,

étant donnée la pauvreté de cet organe en parasites au moment de l'autopsie.

Il semble ainsi que la rate qui, d'après les recherches de M. Levaditi, exerce pendant la vie un pouvoir phagocytaire marqué vis-à-vis du *Treponema pallidum*, devienne après la mort un milieu de culture des plus favorables pour ce parasite.

Il y a donc lieu de conclure que le *Treponema pallidum* peut se multiplier en dehors de l'organisme vivant et que, dans des conditions favorables, sa vitalité peut être conservée pendant plusieurs jours. (Communication à l'Académie des sciences, anal. in *Semaine médicale*, 19 février 1908.)

DELHERM. — **La fulguration dans un épithélioma cutané. Résultat deux ans après.**

On a, dans ces derniers temps, beaucoup parlé de l'action de l'étincelle de haute fréquence sur les néoplasies, et l'on a vanté son action « sidérante » et « fulgurante » sur les tissus atteints par des tumeurs malignes : cancer du sein, de l'utérus, etc. (Keating-Heart, Pozzi, etc.).

Or les électriciens utilisent depuis longtemps la « fulguration » pour les épithéliomas de la peau (Oudin, Lacaille), avec un plein succès. Le résultat obtenu est souvent très rapide et ce traitement peut, dans certains cas, employé seul ou combiné avec la radiothérapie, constituer un traitement vraiment digne d'attention.

Le cas qui fait le sujet de cette présentation concerne un homme atteint depuis trois années d'un épithélioma de l'angle de l'œil et qui, soigné ainsi, est et demeure guéri depuis l'année 1905.

M. D..., soixante-deux ans. Le début de la maladie remonte à l'année 1902. Elle a commencé par un petit soulèvement noirâtre de l'épiderme, siégeant à un centimètre au-dessous du rebord de la paupière inférieure.

Ce soulèvement s'est recouvert d'une croûte qui tombait de temps à autre et était remplacée par une autre.

Petit à petit, la masse s'est agrandie et creusée et elle est devenue grande comme une lentille.

Tout au début, le malade a vu un médecin qui lui a dit que ce n'était rien et lui a touché la lésion avec de l'eau forte. Malgré cette intervention, le sujet constate un agrandissement progressif de la néoplasie et il alla à Saint-Louis où on lui dit de ne pas s'en inquiéter.

Il y retourne quelque temps après, on lui donne la même réponse.

En janvier 1903 il se confie à un autre médecin qui lui donne des pommades et conseille une opération. La néoplasie était devenue grande comme un gros haricot et montait dans l'angle de l'œil. Dans les premiers mois de l'année 1905, l'ulcération s'était encore agrandie : elle avait la dimension d'une fève ; elle menaçait de gagner le bord libre de la paupière. Le malade alla à Saint-Louis d'où on l'a envoyé à Lariboisière dans le service du docteur Morax.

On voulait l'opérer, mais au dernier moment on se décide à tente radiothérapie.

Je vis le malade le 13 juin 1905, je lui fis un certain nombre de séances de radiothérapie, mais la néoplasie ne se modifiait pas d'une manière appréciable. Je fis alors de la haute fréquence avec une t. métallique. Dès la première séance, il y a eu une réduction de moitié environ. Dix jours après, nouvelle séance, nouvelle diminution. En cinq séances en tout, disparition absolue de toute trace d'épithélion (25 août 1905).

Le malade fut revu le 15 janvier 1908. La peau de la région où était le siège de la lésion était tout à fait normale ; elle différait seulement des régions voisines par une coloration plus rouge.

Le résultat s'est donc maintenu tel quel : la néoplasie est demeurée guérie ; il y a maintenant deux ans et six mois. (*Soc. de thér.* in : *Gaz. des hôp.*, 20 janvier 1908.)

Arning et Klein. — La réalisation pratique de la recherche du spirochæte pallida dans le mouvement d'un grand hôpital.

Arning et Klein ont recherché, à l'hôpital général de Hambourg, le spirochæte pallida chez un très grand nombre de malades, et afin de donner à cette recherche une valeur diagnostique réelle, ils ont cherché à simplifier autant que possible le manuel opératoire. Ils conseillent de procéder de la façon suivante :

Pour obtenir des succès dans la recherche du spirochæte, il faut s'adresser à des malades n'ayant subi aucun traitement tant par le mercure que par l'iode. Les éléments suspects sont nettoyés soigneusement avec un tampon d'ouate imbibé d'éther de pétrole, puis on les gratte ou on les râcle avec l'angle d'une lamelle de verre, jusqu'à ce qu'on ait recueilli, sur les bords de la lamelle, du sang ou du sérum mélangé de sang. La présence du sang est absolument nécessaire. Parfois les auteurs ont trouvé des spirochætes dans les chancres indurés guéris en pénétrant avec un scalpel effilé jusqu'à un demi-centimètre de profondeur, alors que les couches superficielles n'en montraient pas.

La sérosité mélangée de sang obtenue sur le bord de la lamelle est étalée sur une lame porte-objet, soigneusement dégraissée à l'alcool-éther. On fixe la préparation en la passant trois fois sur la flamme et on la colore avec le procédé rapide de Rona-Preis.

On fait un mélange de :

Eau distillée	10 cent. cubes.
Solution de Giemsa....................	X à XV gouttes.

On verse 4 ou 5 fois ce mélange colorant sur la lame porte-objet et chaque fois on la chauffe légèrement.

Les spirochætes sont recherchés à l'immersion ; les préparations sont montées à l'huile de cèdre. Les auteurs recommandent, pour éviter de chauffer trop les préparations, de faire un trait au crayon

gras à un demi-centimètre d'une des extrémités de la lame : quand on chauffe trop, le trait de crayon gras se détache de la lame.

Pour rechercher le spirochæte vivant, les auteurs déposent sur une lame porte-objet bien propre et dégraissée, une goutte de solution physiologique de NaCl. Une goutte de sérosité sanglante, obtenue comme nous l'avons dit plus haut, est prélevée avec l'anse de platine et mélangée à la goutte d'eau physiologique. On recouvre le tout avec une lamelle couvre-objet en ayant bien soin qu'aucune bulle d'air ne reste emprisonnée et on lute à la paraffine. Arning et Klein ont pu se convaincre que, dans de semblables préparations conservées dans l'obscurité, à la température de la chambre, les spirochætes, ainsi que l'a bien vu Hoffmann, peuvent rester vivants jusqu'à quatre semaines. Les préparations de spirochætes vivants sont surtout intéressantes à examiner avec de nouveaux appareils à éclairage spécial qu'on fabrique maintenant en Allemagne et qui remplacent avantageusement les ultramicroscopes.

Quand les auteurs ont recherché les spirochætes dans les coupes, ils ont employé la méthode de Levaditi.

Les résultats obtenus ont été les suivants :

Accidents primitifs examinés,	140 ;	résultats positifs,	136
Accidents secondaires,	247	—	235

Parmi les malades examinés, 32 fois le diagnostic clinique ferme était impossible : seule la découverte du spirochæte permit d'affirmer la syphilis, ce que l'avenir confirma.

Dans 18 autres cas douteux, l'absence du spirochæte à l'examen fit porter le diagnostic de chancre mou. Pourtant deux fois l'apparition d'accidents secondaires montra qu'il s'agissait bien de syphilis.

Ces résultats brillants montrent quels services peut rendre dans la pratique une technique simple et rapide dans la recherche du spirochæte de Schaudinn. (*Deuts. med. Wochens.* 12 sep. 1907 et *Gaz. des hôp.* 19 mairs 1908.)

CASASSUS. — **La paralysie faciale au cours du zona cervical.**

La paralysie faciale en question affecte le type périphérique. Elle apparaît généralement vers le huitième jour après l'éruption. Rarement elle détermine la réaction de dégénérescence et, même sans traitement électrique, elle guérit dans un espace de temps qui varie de cinq jours à six mois. Sa gravité semble être en raison directe de la rapidité de son apparition. Les causes qui la déterminent paraissent être les suivantes :

1° Propagation du zona primitivement localisé aux nerfs sensitifs à un nerf moteur voisin. Cette propagation utilise le plus souvent pour se faire la voie lymphatique, le tissu cellulaire ou la voie veineuse.

2° Elle se fait aussi par la voie générale, le zona agissant alors comme une maladie véritablement infectieuse et microbienne.

Il est à remarquer que les tempéraments névropathiques ou arthritiques sont plus disposés que les autres à cette complication. Il semble que le froid considéré comme une cause fréquente du zona cervical ne doit pas être regardé comme une cause de la paralysie faciale. (*Thèse de Bordeaux*, 1908.)

LOPOTHÉTOPULOS. — **Tuberculose de la vulve.**

Il s'agissait d'une femme, âgée de 75 ans, dont les parents étaient morts de la tuberculose pulmonaire chronique. Bien portante jusqu'à un âge avancé, cette femme portait à la vulve une nodosité proéminente d'un rouge foncé, placée au voisinage immédiat du méat urethral. On procéda à l'ablation de la tumeur à l'aide des ciseaux. L'examen histologique montra qu'elle était constituée par des amas de lymphocytes, agglomérés en nodosités: au centre de celles-ci on découvrait des cellules de Langhans, typiques ; pas de bacilles de Koch. La malade succomba six jours après l'opération. A l'autopsie se trouvait, sous le sommet droit, un foyer ancien de tuberculose du volume d'une amande. La nodosité tuberculeuse de la vulve était donc le produit secondaire d'une infection hématogène. (*Arch. f. Gynæko.*, 1907, t. LXXXIV et *Lyon médical*, 12 juillet 1908.)

LABHARDT et WALLART. — **Pemphigus simple congénital chez des nouveau-nés.**

Les auteurs ont publié récemment trois observations de pemphigus congénital simple, non syphilitique, chez des nouveau-nés. Les deux auteurs invoquent, comme cause du développement de ce genre de pemphigus, le passage de germes ou de produits infectieux de l'organisme de la mère dans celui du fœtus. Dans l'un des trois cas relatés par les deux auteurs, on a pu démontrer, par voie de culture, la présence de staphylocoques et de quelques coccus disposés en chaînettes, dans le liquide des bulles de pemphigus. Au sentiment des deux auteurs, le pemphigus simple des nouveau-nés pourrait être engendré également par des toxines émanant d'un foyer d'angine ou de toute autre affection bactérienne légère dont serait atteinte la mère. (*Zeitsch fur Geburtshulfe und Gynæk.*, t. LXI, fasc. 3 et *Rev. I. de clin. et de thér.*)

HOFFMANN. — **Syphilides secondaires chez les singes inférieurs.**

M. HOFFMANN. — Après l'inoculation palpébrale, les syphilides cutanées font généralement défaut chez les singes d'Amérique et l'on a même prétendu qu'ils n'en offraient jamais. Or, j'ai pu en observer chez des animaux de ce genre après inoculation au niveau des testicules. Je vous présente un de ces singes qui a été inoculé le 28 mars et qui a offert, trente-trois ou trente-quatre jours plus tard, un chancre induré au niveau du scrotum ; au mois de juin il eut une première apparition de syphilides secondaires et, actuellement, on constate chez lui une récidive de ces syphilides secondaires, de nature papulo-squameuse

Ce sont les régions péri-orbitaires, les parties latérales du tronc, ainsi que les faces postérieures des extrémités qui sont intéressées.

J'ai également observé des syphilides annulaires de la peau au niveau de la face chez d'autres animaux.

Bien entendu, il ne faut pas confondre avec ces manifestations spécifiques les exanthèmes vulgaires qui s'observent chez le singe de même que chez l'homme ; mais l'inoculation sur d'autres animaux permet de s'assurer de la nature réelle des lésions. D'ailleurs, les syphilides secondaires du singe sont spécialement riches en tréponèmes doués d'une motilité commune (*Soc. de méd. berlinoise*, in *Sem. médicale*, n° 30, 1908.)

DOPTER et KOCH. — **Sur la coagglutination du méningocoque et du gonocoque.**

On sait qu'un sérum antiméningococcique agglutine à la fois le méningocoque et le gonocoque, et que les deux germes, d'autre part, peuvent être agglutinés de même par un sérum antigonococcique. Ces faits ont engagé certains auteurs à déclarer l'identité spécifique de ces bactéries, d'ailleurs morphologiquement semblables. Il n'en est rien cependant, ainsi que le prouvent les expériences de MM. DOPTER et KOCH.

Ils ont procédé à l'épreuve de l'absorption des agglutinines avec les sérums antiméningococcique et antigonococcique vis-à-vis des deux germes envisagés. Ils ont vu que le sérum antiméningococcique dont les agglutinines ont été fixées totalement par le méningocoque, a perdu pour les deux microbes son pouvoir agglutinant ; au contraire, ce même sérum, impressionné dans des conditions identiques par le gonocoque a conservé son pouvoir agglutinant pour le méningocoque. Dans cette expérience, donc, l'agglutination, vis-à-vis de ce dernier, est bien spécifique, tandis que, pour le gonocoque, il ne s'agit que d'une agglutination de groupe.

L'expérience répétée avec du sérum antigonococcique donne des résultats exactement concordants.

On peut donc conclure qu'au point de vue de l'agglutination, vis-à-vis d'un même sérum, le méningocoque et le gonocoque sont des bactéries spécifiquement différentes. (*Soc. de Biologie*. In *Gazette des hôp.*, p. 1042, 1908.)

DOPTER et KOCH. — **Sur les précipitines méningococciques et gonococciques.**

Les auteurs ont utilisé, pour la recherche des précipitines, les sérums qui ont servi à l'épreuve de l'absorption des agglutinines, et qui, avant cette dernière, étaient précipitants pour le méningocoque et le gonocoque.

Ils ont vu que le sérum antiméningococcique ainsi traité par le méningocoque perd son pouvoir précipitant ; s'il est traité par le gonocoque, il le conserve vis-à-vis du méningocoque seul. Les mêmes expériences répétées avec du sérum antigonococcique ont donné des résultats

analogues et superposables. Par ce nouveau fait donc, l'identité des deux germes étudiés s'impose encore, conclusion qui s'accorde avec celle qu'a fournie l'étude de l'absorption des agglutines. (*Ibidem.*)

PIORKOWSKI. — **Milieu de culture simple pour le gonocoque.**

L'auteur est parvenu à obtenir un bon développement, en ensemençant dans un milieu composé comme suit :

On ajoute à 1 litre de lait frais, 5 centim. cubes d'HCl. dilué (1 : 4). Pendant seize à vingt heures, on met le mélange à une température de 37°, jusqu'à ce que la caséine soit précipitée. On filtre, puis on neutralise au moyen d'une solution de NaOH à 10 p. c. On fait chauffer le tout au bain-marie ; on neutralise de nouveau ; le milieu de culture est alors versé dans des tubes, et stérilisé à 100° pendant une heure.

On peut conserver ce milieu liquide en y ajoutant partie égale de bouillon ; on peut aussi le rendre solide, en ajoutant à une partie de la préparation deux parties d'agar-agar. Après huit à douze jours, il est encore possible de reproduire une colonie en l'ensemençant dans un milieu neuf. (*Munch med. Woch.* et *Journal méd. de Bruxelles*, p. 390, 1908.)

TILP. — **Myomes multiples du tractus intestinal et de la peau.**

Le fait relaté par l'auteur mérite d'être signalé en raison de sa rareté. Chez une femme de soixante et onze ans, morte à la suite d'une bronchopneumonie, on trouva à l'autopsie les parois de l'intestin grêle parsemées d'un grand nombre de tumeurs, dont les dimensions variaient de la grosseur d'un grain de mil à celle d'un œuf de pigeon ; ces tumeurs avaient à la coupe l'aspect des myomes de l'utérus et proéminaient en partie à l'extérieur sous la séreuse. La région pylorique de l'estomac contenait une vingtaine de tumeurs analogues.

Dans le tissu sous-cutané se trouvaient disséminées une quantité innombrable de tumeurs, dont les plus grosses atteignaient un centimètre de diamètre ; elles étaient recouvertes de peau normale et ne montraient dans leur distribution aucun rapport avec le système nerveux. Microscopiquement, ces tumeurs sous-cutanées, comme celles du tractus gastro-intestinal, étaient constituées par des fibres musculaires lisses. Le point de départ des premières était la musculature des glandes sudoripares. L'utérus participait également à la tendance prolifératrice de la musculature lisse, car il renfermait aussi quelques myomes.

Cliniquement, ces myomes multiples n'avaient occasionné aucun symptôme, les tumeurs sous-cutanées, en particulier, n'avaient pas été douloureuses contrairement aux faits déjà observés. (*Centr.-Bl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat.*, 15 octobre 1907 et *Semaine médicale*, 15 janvier 1908.)

BAYET. — **Favus localisé exclusivement au scrotum.**

M. BAYET a montré à la Société Belge de Dermatologie les photographies du scrotum d'un de ses malades, qui présente à cet organe

des lésions de favus très étendues. L'intérêt du cas réside dans le fait de la localisation exclusive au scrotum des lésions faviques ; d'autre part, il est à signaler que l'affection s'est développée brusquement et avec une rapidité extraordinaire. Il s'agit d'un homme soigneux et cependant, huit jours après la constatation du premier point suspect, tout le scrotum était semé de godets faviques caractéristiques. (*Jal. méd. de Bruxelles*, n° 50, 1907.)

MINNE. — **Recherches sur les teignes à Gand.**

M. MINNE continue les recherches que depuis plusieurs années il dirige sur les teignes en Belgique et plus particulièrement dans les Flandres. Il présente une série de cultures fort intéressantes, parmi lesquelles plusieurs sont à signaler. Une teigne anormale non décrite : c'est un microsporon qui donne en culture des sortes de fuseaux à cinq loges ; la culture en gouttes se développe avec une rapidité extraordinaire.

Un tricophyton à cultures cratériformes. L'affection qu'il provoque ressemble beaucoup à l'herpès tonsurans. Les cas en sont rares et M. Minne n'en a rencontré que quatre en deux mois.

Un tricophyton noir, d'origine animale.

Un tricophyton gypseum, etc.

A signaler aussi une culture en activité obtenue à l'aide de cheveux infectés d'herpès tonsurans et soumis aux rayons X. Malgré ce traitement, les cultures continuent à se développer (*Ibidem*).

J. SABRAZZÈS et CH. LAFON. — **Granulome de la lèvre à mastzellen et à éosinophiles chez un cheval** (1).

Un cheval, âgé de sept ans, se blesse à la lèvre supérieure, au-dessous de la narine droite, avec un fil de fer. Une suppuration locale en résulte, circonscrite, bientôt après, par une tumeur inflammatoire de la grosseur d'une orange. On pensa à de l'actinomycose, puis à un botryomycome ; mais les grains en suspension dans le pus et la sanie qui en suintaient n'avaient aucun caractère spécial : c'étaient de petits grumeaux de sphacèle. Le pus contenait des cocci et des bâtonnets prenant le Gram.

La structure de cette production, intéressant les téguments de la lèvre et le tissu musculaire sous-jacent, ne rappelle rien de connu ; il ne s'agit ni de sarcomatose, ni de tuberculose, ni de farcin, ni d'actinomycose, ni de parasitose, ni d'un granulome banal. Sans doute, cette lésion est d'origine inflammatoire et ressortit aux granulomatoses, mais avec ceci de particulier et de notoire qu'en dehors du petit trajet fistuleux central, deux éléments cellulaires constituent presque en totalité sa masse : des mastzellen et des éosinophiles.

Les mastzellen, groupées en ilots, forment de gros médaillons ova-

(1) Société de Biologie de Paris. Réunion biologique de Bordeaux, séance du 3 décembre 1907.



laires ; les éosinophiles les entourent et les baignent, pour ainsi dire, de toutes parts.

Ces mastzellen, uninucléées, naissent sur place de grands éléments lymphocytoïdes, de cellules conjonctives jeunes, de macrophages, de pigmentophages, de noyaux sarcoplasmiques musculaires devenus libres et aussi d'elles-mêmes par division directe et par mitose. Des déchets hémorragiques et cellulaires épars leur servent en quelque sorte d'engrais ; de plus, leur agglomération est sans doute actionnée par la diffusion des toxines émanées du foyer suppuratif central.

Les cellules éosinophiles, pour la plupart à noyau bi ou multilobé, çà et là uninucléées, naissent en grande partie sur place. Elles dérivent de mononucléés non granuleux ; elles se forment surtout aux dépens des noyaux libérés du sarcoplasme ; il en est qui se développent en pleine fibre, sous le sarcolemme. Les éosinophiles prolifèrent aussi localement et nous en avons vu et figuré en karyokinèse. Le tissu musculaire en souffrance, plus ou moins dégénéré, contribue à alimenter et à entretenir la néoformation des éosinophiles qui jouent là, certainement, un rôle antitoxique.

Ce granulome, à début infectieux, fistulisé au centre, subit par places l'évolution fibreuse, les lésions de myosite collaborent au processus de sclérose.

En décrivant cette modalité nouvelle de granulome, nous nous sommes attachés à fixer les propriétés des deux types cellulaires qui la caractérisent. Nous avons montré combien les mastzellen du cheval, moins vulnérables que celles de l'homme et de beaucoup d'autres espèces animales, vis-à-vis des réactifs et des manipulations histologiques, se prêtent admirablement à l'étude des propriétés morphologiques de cette catégorie de cellules. Les éosinophiles du cheval ne sont pas moins favorables, comme objet d'étude, en raison de leur volume, de leur réaction colorante, surtout orangeophile, de leur abondance dans certains tissus et sous certaines influences. Nous renvoyons, pour le détail de nos constatations, à un travail de longue haleine sur ce sujet, avec planches en couleurs, qui paraîtra prochainement dans *Folia hæmatologica*. (*Gaz. heb. des Sc. Méd. de Bordeaux*).

Bureau. — **L'Herpès récidivant de la peau.**

L'herpès n'est pas pour l'auteur une maladie cutanée véritable, mais un syndrome qui peut s'observer dans les états morbides les plus divers.

L'évolution de l'éruption permet cependant de reconnaître parmi ces diverses variétés deux grands groupes d'herpès : les *herpès accidentels* et les *herpès récidivants*.

Les herpès accidentels sont souvent appelés *herpès symptomatiques*. Ils comprennent toutes ces poussées herpétiques que l'on peut voir survenir accidentellement au cours de l'existence d'un individu. L'herpès fébrile, l'herpès critique sont des types de ce groupe d'herpès, mais

les variétés en sont très nombreuses, ces herpès accidentels pouvant survenir sous l'influence des causes les plus variables.

Les herpès récidivants sont caractérisés, au contraire, par ce fait que l'éruption se reproduit chez le même malade avec une ténacité, une fréquence vraiment désespérante. Cette répétition de l'éruption herpétique se fait ici souvent sous l'influence d'une cause nettement déterminée, parfois toujours la même et toujours dans une même région, souvent à la même place.

Parmi ces herpès récidivants, il en existe trois variétés principales : *l'herpès cataménial*, *l'herpès génital récidivant chez l'homme*, *l'herpès récidivant buccal des syphilitiques* qui sont bien connus de tous actuellement et dont nous ne nous occuperons pas ici. Mais il existe également tout un autre groupe d'éruptions herpétiques récidivantes, fort intéressant aussi, bien étudié par les dermatologistes et tout spécialement, ces derniers temps, par Dubreuilh : c'est *l'herpès recidivant de la peau*. Les observations en sont encore peu nombreuses, ce qui tient évidemment à ce que l'attention n'a pas été suffisamment attirée sur ces formes spéciales d'herpès récidivant.

Le siège de l'éruption, les divers phénomènes qui l'accompagnent ou la précèdent et la marche de la maladie permettent de distinguer parmi ces herpès récidivants de la peau trois grands groupes : *l'herpès récidivant de la face*, *l'herpès récidivant de la fesse* et *l'herpès récidivant des doigts*.

L'herpès récidivant de la face ne serait pas une maladie bien fréquente, si l'on en juge d'après les cas publiés. Dubreuilh, dans son premier mémoire, en rapporte cinq observations ; depuis il dit en avoir observé d'autres, Dalous en a relaté un cas, et nous-mêmes en avons également observé un cas. Du reste, toutes ces observations se ressemblent étrangement et permettent de tracer facilement le tableau clinique de l'affection.

L'herpès récidivant de la face est une maladie qui débute dès la première enfance, parfois dans le cours de la première année, et qui procède ensuite par poussées successives qui se répètent indéfiniment et à des intervalles plus ou moins éloignés. Ces poussées herpétiques se reproduisent toujours de la même façon et ne semblent déterminées par aucune cause occasionnelle. Souvent cependant, un ou deux jours avant l'éruption, l'enfant accuse une sensation de chaleur ou de démangeaison au niveau du point où se fera la plaque éruptive ; dans un cas (Epstein), l'éruption était annoncée un ou deux jours à l'avance par des névralgies et un peu de fièvre.

L'éruption se développe d'ordinaire la nuit ; l'enfant se couche le soir bien portant, il dort calme et tranquille, et le matin il se réveille avec une plaque d'herpès sur la face. L'éruption ressemble absolument à toute autre tache d'herpès ; l'évolution en est aussi la même ; elle est constituée par une tache rosée sur laquelle se voit une quantité de petites vésicules miliaires. Ces vésicules au début sont claires, remplies d'un liquide incolore qui se trouble légèrement les jours suivants ; puis

elles se dessèchent et au bout d'une dizaine de jours, les croûtes tombent et il ne reste plus qu'une macule brunâtre ou souvent même une légère cicatrice.

Cet herpès peut apparaître sur les différentes régions de la face, mais il survient de préférence sur les joues et principalement à leur partie moyenne ou inférieure. Les récidives se reproduisent soit toujours sur la même joue, soit tantôt sur l'une ou l'autre joue ; il en était ainsi chez notre malade où les poussées d'herpès apparaissaient indifféremment à droite ou à gauche.

Il n'existe du reste aucune périodicité dans ces récidives d'herpès de la face ; suivant les cas et parfois chez le même malade, les intervalles d'une poussée à l'autre peuvent varier de quelques jours à plusieurs mois.

Les individus atteints de cette affection présentent un état général excellent et on ne relève chez eux aucune tare organique.

D'après les observations publiées jusqu'ici l'évolution de cette maladie semblerait pour ainsi dire indéfinie, car, dans aucun de ces cas, on n'a signalé la disparition de l'affection ; et pourtant la malade d'Epstein était âgée de 17 ans et l'affection avait débuté à l'âge d'un an. Cependant, chez le malade que nous observons et que nous suivons depuis 7 ans environ, voilà plus de 5 ans qu'il ne s'est produit aucune récidive d'herpès, alors qu'auparavant l'enfant avait toujours plusieurs poussées d'herpès sur la joue chaque année. Aussi croyons-nous pouvoir compter chez ce malade sur une guérison définitive.

L'herpès récidivant de la fesse ne serait pas, lui non plus, une affection bien fréquente, Dubreuilh n'a pu en réunir que huit observations : mais ici la symptomatologie est un peu différente suivant les cas.

L'affection apparaît d'ordinaire chez des adultes entre 20 et 30 ans, bien qu'on en ait rapporté un cas où la maladie avait commencé à l'âge de 3 ans.

L'éruption comme celle de la face peut se développer aussi la nuit, d'autrefois à des moments variables. Elle commence par un placard rouge, légèrement prurigineux, sur lequel apparaissent au bout de quelques heures des petites vésicules claires plus ou moins confluentes, variables comme dimensions, ressemblant souvent tout à fait à une plaque de zona ; d'autrefois, au contraire, l'érythème est moins prononcé et l'aspect rappelle plutôt celui d'un groupe d'herpès fébrile. L'évolution de l'éruption n'offre rien de spécial ; les lésions guérissent en 10 à 12 jours laissant assez souvent une cicatrice superficielle.

Les prodromes sont assez variables suivant les cas. Souvent il n'en existe aucun et l'éruption constitue le premier phénomène. D'autres fois l'éruption est précédée par une attaque de migraine ou par des névralgies siégeant dans le territoire du nerf sciatique.

L'éruption se produit presque toujours du même côté, mais pas toujours exactement au même point ; elle se montre d'ordinaire à la partie supérieure ou inférieure de la fesse, parfois au voisinage de l'anus. Elle n'incommode que fort peu le malade, sauf quand il existe de

la névralgie concomitante ; elle peut aussi s'accompagner de prurit et d'adénopathie inguinale.

L'étude des antécédents des individus atteints d'herpès récidivant de la fesse fournit des données très intéressantes au point de vue étiologigique. La lecture des diverses observations publiées fait voir en effet que l'on se trouve toujours en face de ce que l'on a appelé des arthritiques nerveux. Dans la plupart des cas, il s'agit de migraineux et il est très frappant de relever dans les observations la coïncidence ou l'alternance de la migraine avec ces poussées d'herpès récidivants. La goutte se rencontre aussi très souvent chez ces malades ou chez leurs ascendants ; et il s'agit presque toujours d'individus plus ou moins nerveux et impressionnables. Aussi, comme le dit Dubreuilh : « La migraine, la goutte et les troubles mentaux se trouvent de la façon la plus nette et la plus accusée, ensemble ou isolément, chez tous les malades qui ont été l'objet d'une enquête étiologique. Or, comme la goutte, la gravelle, la migraine, sont des maladies sœurs qui coïncident, se remplacent ou se succèdent chez le même individu ou chez les divers membres d'une même famille, on peut en conclure que l'herpès récidivant de la fesse est aussi une manifestation de la goutte latente ou déclarée.»

Le diagnostic de l'herpès récidivant de la fesse est en somme très facile ; cependant il pourrait être confondu avec une éruption antipyrinique. Les érythèmes occasionnés par l'ingestion d'antyprine récidivent, en effet, toujours au même point avec le même aspect ; souvent ces érythèmes sont vésiculeux ou bulleux et, en général, ils sont précédés de névralgies ou de migraines qui ont provoqué l'usage du médicament. Il faut donc, avant d'établir le diagnostic d'herpès récidivant de la fesse, s'assurer que le malade n'a pas pris d'antipyrine. Du reste, il existe certains caractères différentiels importants entre les deux éruptions. D'abord il peut n'exister aucun rapport entre les névralgies antécédentes et l'éruption, l'érythème antipyrinique est plus œdématié, plus infiltré, il est douloureux ; l'éruption due à l'antipyrine se reproduit non seulement dans la même région, mais exactement au même point et elle laisse à sa suite non une cicatrice, mais une pigmentation noire, très persistante et tout à fait caractéristique.

L'herpès récidivant des doigts forme un groupe beaucoup moins net que les deux précédents et dont il est dificile de donner une description d'ensemble, car il n'en a été encore publié que deux observations. Cette affection serait caractérisée également par des poussées d'herpès qui se reproduiraient à des intervalles plus ou moins rapprochés sur les faces latérales de l'un ou plusieurs doigts de la main. Le cas d'Epstein présente ce fait intéressant que cet herpès récidivant du doigt est survenu 3 mois après un chancre induré du doigt.

Quant au traitement de ces diverses variétés d'herpès récidivant de la peau, nous le passerons complètement sous silence, car aucune thérapeutique essayée jusqu'ici ne semble avoir eu d'influence sur l'éruption et sur l'évolution de l'affection. Cependant, chez les malades atteints d'herpès récidivant de la fesse, peut-être qu'un traitement dirigé con-

tre la goutte pourrait avoir quelque efficacité. (*Gaz. Méd. de Nantes* n° 2, 1908.)

ALEZAIS et CORSY. — **Deux cas de cylindrome du cuir chevelu.**

Les auteurs ont eu récemment l'occasion d'examiner deux faits de cylindrome du cuir chevelu dont ils nous donnent la description suivante ;

I.— Homme de 68 ans, très bien portant, qui vint consulter M. le professeur Imbert pour une tumeur qu'il portait, depuis plus de vingt ans, sur la bosse pariétale gauche. Pendant longtemps, d'un volume d'une noisette, dure, indolente, cette tumeur avait un développement très lent. Il y a deux mois, elle s'ulcéra et grossit rapidement. Elle était actuellement irrégulièrement bosselée, percée de cratères donnant un peu de pus. Elle est ferme, mais ne donne pas la sensation de rénitence. Elle est mobile, sans adhérences aux plans profonds, et sans retentissement ganglionnaire. On pensa peut-être à une loupe ulcérée, et l'extirpation en masse fut faite le 13 mars 1908.

La tumeur pesait 310 grammes et mesurait 6 centimètres sur 8 et demi. La coupe donnait un liquide huileux et présentait un tissu blanchâtre, un peu grenu, divisé en lobules, parsemés de petites cavités d'apparence kystique, et séparés par des tractus fibreux.

La peau qui recouvrait la tumeur était, en grande partie, libre. En certains points, cependant, elle s'épaississait et se confondait manifestement avec le tissu néoplasique.

La guérison opératoire fut complète en quelques jours.

II.—Fait communiqué par le docteur Channac, de Vals. Campagnard robuste, porteur, depuis plusieurs années, sur le cuir chevelu, d'une tumeur indolente, grosse comme un œuf de pigeon, sans adhérences aux plans profonds, sans ulcérations ni varicosités. Notre confrère proposa l'extirpation, croyant avoir affaire à un petit lipome ou à une loupe. Il fut surpris de ne pas trouver à la masse qu'il venait d'enlever la mollesse ordinaire à ces tumeurs. La coupe était blanchâtre, assez homogène, sans cavités, quoiqu'un peu lobulée. Il pensa qu'il s'agissait d'un épithélioma et demanda un examen histologique.

L'étude de ces deux tumeurs présente de grandes similitudes et reproduit assez exactement le type des cylindromes. Dans le premier cas, on trouve même les cavités qui ont fait donner à ce genre de tumeurs le nom de siphonome (stérile) ou cancer à tuyaux (Tommasi).

Dans un stroma conjonctif, généralement peu abondant, se ramifient de nombreux boyaux irréguliers, formés de cellules malpighiennes, unies par des dentelures. On trouve des globes épidermiques rares dans le premier cas, très nombreux et gros dans le second. Le diagnostic d'épithélioma pavimenteux lobulé est facile à poser.

Les boyaux malpighiens sont remarquables par les altérations de leurs cellules. A un premier degré, on voit ces cellules augmenter singulièrement de volume, tendre à se fusionner, perdre souvent leurs noyaux

et modifier leurs aptitudes colorantes. Sur les coupes colorées de van Gieson, elles forment des masses jaunâtres sans qu'il y ait l'imbrication ordinaire des globes épidermiques. Par la thionine ou le bleu polychrome de Unna, quelques-unes prennent une teinte rougeâtre. Elles ont donc une tendance soit à devenir cornées, soit à subir la transformation muqueuse.

Dans la seconde tumeur, c'est à ce premier degré que s'arrêtaient assez généralement les altérations. Il y a lieu d'insister sur le siège qui affectait la transformation cornée. Non seulement elle occupait le centre des plus gros boyaux cellulaires, mais encore elle se produisait, assez souvent, à leur surface. Les cellules des trois ou quatre couches superficielles s'aplatissaient, ne conservant qu'un noyau ratatiné et se coloraient vivement en jaune par le van Gieson.

Dans la première tumeur, la désintégration cellulaire atteignait fréquemment un degré plus avancé et aboutissait, par la destruction graduelle des éléments, à la formation du centre des boyaux de ces cavités que l'on aurait pu prendre pour des kystes, si l'on n'avait sous les yeux tous les stades de leur évolution. Fréquemment, dans les strates de cellules tuméfiées et sans noyaux, qui constituaient leurs parois, on trouvait encore la teinte rouge (bleu de Unna) qui attestait leur transformation mucoïde. Bender (1) a signalé dans un cylindrome de la face la formation des cavités par ce processus de désintégration progressive des cellules, tout en reconnaissant que ces cavités peuvent aussi résulter, comme le voulait Malasny, de la pénétration, dans les boyaux épithéliaux, de bourgeons conjonctifs devenus muqueux.

Ce second caractère qui, avec la transformation des cellules malpighiennes, est propre aux cylindromes, se montrait très nettement dans les deux tumeurs.

L'auteur insiste, en terminant, sur la pauvreté relative du stroma constitué par un tissu peu abondant, peu fibreux. (*Marseille médical*, 1er juin 1908.)

THÉRAPEUTIQUE, PRESCRIPTIONS ET FORMULES

Traitement des Condylomes pointus

(Ricklin.)

Il est exclusivement local, et il comporte la mise en œuvre de deux sortes de moyens : les *caustiques*, l'*instrument tranchant*.

a) *Caustiques*. Un caustique, dont l'emploi remonte au XVIIIe siècle qui a joui d'une grande vogue à l'étranger et qui a été fort en usage dans les hôpitaux de Vienne, est connu sous le nom de *pâte de Plenck*, *solution de Plenck* du nom de son inventeur. Voici la formule :

Sublimé corrosif......
Alun..................
Céruse................
Camphre...............
Alcool de vin.........
Vinaigre de vin.......
} àâ parties égales

M. — Pour l'usage externe.

Conservée *in vitro*, cette solution donne deux couches : l'une, superficielle, est liquide ; l'autre, pâteuse, forme le sédiment. Au moment de faire une cautérisation, on jette la partie liquide, puis on enduit un pinceau en charpie de la pâte sédimentaire, et on applique de celle-ci une couche passablement épaisse, sur la surface du condylome, préalablement isolée des parties saines environnantes. Cette dernière condition est de première importance ; quand elle est impossible à réaliser il faut s'abstenir d'employer ce mode de cautérisation.

Au demeurant, l'emploi de la solution de Plenck se heurte à deux inconvénients .

D'abord, les applications sont très douloureuses et les douleurs qu'elles occasionnent n'apparaissent qu'une ou deux heures après une cautérisation, pour persister pendant quelques heures, avec leur intensité première. Aussi recommande-t-on de diluer plus ou moins la solution forte, quand une première application provoque des douleurs par trop vives.

En second lieu, on a vu des intoxications graves survenir à la suite de l'emploi de cette solution ; le professeur Hoffmann, de Vienne, a publié un exemple d'intoxication mortelle, de pareille origine.

L'emploi de la *sabine* pour le traitement topique des condylomes pointus remonte à un passé tout aussi lointain, car il était préconisé déjà par le médecin anglais Gardiner, en 1771. Il s'est du reste maintenu. Le mélange suivant convient d'une façon toute particulière, quand il s'agit de détruire des végétations qui siègent au niveau de la vulve :

Poudre de sabine.......	àà 3 gr.
Alun pulvérisé..........	

M. — Saupoudrer les végétations, chaque soir avec une pincée de ce mélange.

Il est à peine besoin de rappeler que les sommités de la sabine renferment une huile essentielle, douée de propriétés très irritantes.

Dans les cas où, pour une raison ou une autre, il est impossible de recourir soit à l'instrument tranchant pour l'excision des condylomes, soit des applications caustiques tant soit peu irritantes, on pourra faire, sans inconvénients, un essai par les applications locales de teinture de *thuya occidentalis*. D'après Subtschaniow (*Ruskaïa medicina* 1883, n° 45), sous l'influence des badigeonnages faits avec cette teinture les condylomes pointus se ratatinent et tombent au bout de deux ou trois jours. Ici encore nous avons affaire à un produit végétal connu pour irriter fortement la peau et les muqueuses avec lesquelles il vient en contact. Particularité curieuse, le thuya occidentalis, de même que la sabine, passe pour être doué de propriétés abortives.

En fait d'autres remèdes tirés du règne végétal, qu'on a préconisés dans les mêmes circonstances, nous citerons : la *poudre de feuilles de bétoine* (bien connue pour ses propriétés sternutatoires, la poudre *d'ellébore blanc* ou *veratrum album* un autre sternutatoire), la *poudre de feuilles de pourpier doré*, la *poudre d'euphorbe*, *l'huile de cade*, la *teinture de noix de galle*, la *teinture de térébenthine*, la *teinture d'opium* sans compter la *teinture* de *cantharides*, qui est de provenance animale.

Puis, en fait de caustiques tirés du règne minéral : l'*alun*, le *sulfate de fer*, le *sulfate de cuivre*, le *sublimé*, le *calomel*, en poudre, le *précipité rouge* en pommade, la *teinture d'iode*, la *liqueur de Fowler*.

Voici les formules de deux préparations qui ont joui d'une certaine vogue et qui réalisent l'association de quelques uns des remèdes énoncés ci-dessus :

Poudre de sabine...	parties égales
Alun calciné.......	
Sulfate de cuivre...	
ou :	
Sulfate de fer......	

M. très exactement. Pour saupoudrer.

Poudre de sabine.....	àà 2 parties
Vaseline..............	
Essence de térébenthine	1 partie

M. — Pour onctions.

Rev. I. de Clin. et de Ther. p. 69, 1908.

L'acné rosacée et son traitement

(UNNA.)

Après une longue description des formes cliniques de cette affection, P.-G. UNNA, de Hambourg parmi les causes principales, cite la constipation habituelle, les pieds froids, les professions sédentaires comme celles d'employé de bureau ou de couturière, l'usage de l'alcool et des mets épicés.

L'acné rosacée ou couperose, qui était considérée autrefois comme incurable, est, de l'avis de l'éminent dermatologiste, curable par des moyens relativement simples.

Sans imposer une diète déterminée aux malades, il leur ordonne d'éliminer de leur régime alimentaire tout ce qui leur congestionne la face d'après leur expérience personnelle, ainsi, par exemple, le vin, le café, le tabac, le poivre, la salade et autres mets excitants.

Il passe ensuite à la suppression des causes d'excitation externe, telles que le froid et le frottement occasionné par les poussières. Pour cela, il recommande le nettoyage et le lavage du visage avec de l'eau chaude et non avec de l'eau froide, avant de se mettre au lit, afin d'enlever les poussières qui se sont accumulées, et l'emploi éventuel d'un savon très doux. La peau est ensuite essuyée, sans frottement, avec un linge doux, avec de vieux mouchoirs de poche usés, et elle est ensuite enduite d'une couche de pâte ou de pommade d'action spécifique qui seront décrites un peu plus loin. On applique enfin un ou deux tours d'une bande de mousseline pour protéger la peau du visage pendant la nuit, contre les frottements sur l'oreiller. Pour la toilette du matin, l'auteur conseille de s'abstenir de tout lavage et de toute friction excitante, et si possible, de maintenir toute la journée le pansement de la nuit ; il tolère tout au plus l'emploi d'une poudre couleur chair posée sur la couche de pommade protectrice.

Pour le malade qui, pendant le jour, est exposé au soleil, à la poussière et au vent ou au froid, suivant les saisons, l'auteur recommande toujours, plusieurs fois par jour, des lotions avec une éponge imbibée d'eau aussi chaude qu'on puisse l'endurer et d'appliquer ensuite une couche protectrice de pâte ou de pommade. C'est surtout après les repas, après une course fatigante, des exercices sportifs ou des travaux pénibles, que l'on devra de préférence recourir aux lotions.

Quant au traitement interne des congestions de la face, surtout chez les femmes anémiques, aménorréiques, sans forces et sans appétit, l'ichthyol est le meilleur médicament capable de régulariser les fonctions circulatoires et intestinales. On peut le prescrire en pilules de 0 gr. 10 ou en capsules de 0 gr. 50 à la dose quotidienne de 0 gr. 50 à 2 grammes en procédant toujours par doses progressivement croissantes. Moins coûteuse est la prescription aqueuse :

Ichthyol	5 gr.
Eau distillée	10 gr.

A prendre trois fois par jour, entre les repas, au lever, à midi et au coucher, de V à XXX gouttes dans un verre d'eau. On prendra ensuite un bonbon pour masquer le goût désagréable. Les premiers jours, on reste à la dose minima de V gouttes, tant que l'estomac n'est pas accoutumé à l'ichthyol, puis on augmente tous les jours ou tous les deux jours, chaque dose de 1 goutte, de façon à prendre VI, VII, VIII, IX gouttes trois fois par jour et ainsi de suite jusqu'à XXX gouttes trois fois par jour, ce qui correspond à 1 gr. 5 du médicament. Cette dose suffit, dans presque tous les cas, si on administre l'ichthyol en solution aqueuse et produit, en moyenne, au bout de trois semaines, une amélioration sensible.

En même temps que la suppression des causes d'irritation accidentelle d'origine externe, il faut traiter la cause intrinsèque de la maladie. Comme l'acné rosacée est une manifestation partielle du processus séborrhéique, la thérapeutique causale de cette affection consiste en un traitement local et en une suppression des manifestations séborrhéiques qui accompagnent la couperose, parmi lesquelles la blépharite ciliaire, l'alopécie séborréique,

et d'autres accidents eczématiformes, sont les plus importantes.

Pour la pratique, on divise les cas de couperose en cas légers et en cas difficiles. Dans la première catégorie, on range ceux qui présentent des taches érythémateuses, squameuses, accompagnées de quelques papules et quelques pustules. A la seconde catégorie appartiennent ceux qui depuis longtemps présentent un érythème régulier et diffus étendu à la plus grande partie de la face, parsemée, en outre, de papules, de pustules et d'ectasies veineuses.

Le meilleur remède à appliquer aux cas légers, c'est la pâte au soufre et à l'oxyde de zinc employée surtout dans les cas d'eczéma séborréique.

Oxyde de zinc........	14 gr.
Soufre précipité..........	10 gr.
Huile benzoïnée..........	12 gr.
Axonge benzoïnée	60 gr.

M. s. a. Pour pâte de zinc sulfurée.

On obtient une pâte rouge en mélangeant 99 parties de la pâte précédente avec une partie de cinabre. On utilise de préférence la pâte ainsi colorée par raison d'esthétique. Il est encore utile d'ajouter à cette pâte sulfurée rouge un peu de vaseline d'après la formule suivante.

Pâte de zinc sulfurée rouge............ ...	35 parties
Vaseline	5 parties

Cette pâte est appliquée le soir après le nettoyage à l'eau chaude et on fait un enveloppement avec une bande de mousseline. Pour protéger ce pansement contre les intempéries, on répand sur la couche de pâte, de la poudre suivante, couleur de chair.

Poudre cuticolore	9 parties
Ichthyol	1 partie

M. s. a.

La poudre ne doit pas être appliquée avec un appareil pulvérisateur, mais elle doit être étendue comme une pommade légèrement avec le doigt et avant de sortir on doit l'essuyer avec un linge doux et sans frottement.

Cette poudre peut suffire pour le traitement diurne et nocturne des cas légers, en particulier pour les érythèmes circonscrits du nez. On peut rendre la poudre précédente encore plus active en y incorporant du soufre :

Poudre cuticolore..	8 parties
Soufre précipité........	1 partie
Ichthyol	1 partie

La formule de la poudre cuticolore est la suivante :

Bol rouge	0.5 parties
Bol blanc............	2.5 parties
Carbonate de magnésie	4 parties
Oxyde de zinc	5 parties
Amidon de riz	8 parties

M. s. a.

Selon la teneur en corps gras naturels de la peau du visage, tôt ou tard l'emploi continu de la pâte sulfurée provoque une éruption artificielle de la peau, surtout aux endroits non atteints. En conséquence, on recommande au malade de s'enduire la face avec du cold-cream et on applique par doses, aux endroits couperosés seulement, une couche de pâte sulfurée, pour éviter une éruption, tout en continuant le traitement de l'affection comme il a été indiqué précédemment. A mesure que la guérison fait des progrès, le malade devra remplacer de plus en plus la pâte par le cold-cream, car la guérison, dans les cas bénins, est obtenue en quelques semaines.

Dans les cas plus difficiles, on devra adjoindre au traitement fondamental à la pâte sulfurée qui agit superficiellement, un traitement avec l'onguent à la résorcine composé antiséborrhéique d'action plus profonde, dont la formule suit :

Résorcine....... .. } Ichthyol.............. }	àà 5 parties
Acide salicylique......	2 parties
Vaseline jaune........	88 parties

On recommande d'appliquer la pâte sulfurée sur tout le visage ; dans tous les endroits papuleux et pustuleux de couleur rouge sombre on fera mettre une couche de pommade à la résorcine ou bien on prescrit l'application de la pâte suivante qui est un mélange des deux :

Pâte de zinc sulfurée rouge.......	20 à 30 parties
Onguent à la résorcine composé	10 à 20 parties

Ce mélange a l'avantage de communiquer à la pâte sulfurée, en raison de la vaseline qu'il renferme, la consistance désirée par l'acné rosacée et par sa teneur en ichthyol, il lui communique une couleur tirant sur le jaune qui se rapproche de la coloration naturelle de la peau. Car les pommades seront complètement cuticolores, si elles renferment les couleurs de la peau : blanc. jaune et rouge qui sont représentées dans le mélange par l'oxyde de zinc, l'ichthyol et le cinabre.

Cette pâte, extraordinairement active, peut être appliquée sur la face le jour sans inconvénient, si l'on a soin d'en étendre une couche légère avec le doigt jusqu'à ce qu'elle soit devenue invisible, et seulement aux endroits malades.

Dans les cas les plus graves, où la coloration rouge foncé est étendue à tout le visage, on applique une couche du mélange précédent suffisamment épaissi, on protège avec une bande en mousseline et le lendemain matin, on essuie simplement avec un linge doux l'excès de pommade, sans nouveau nettoyage de la peau. Ce qui reste est suffisant pour le traitement diurne et pour protéger contre les causes d'irritation externes.

Grâce à ce traitement, disparaissent sûrement et sans aucun désagrément pour les malades, tous les symptômes de l'acné rosacée : les rougeurs, les squames, les papules, les pustules et même les ectasies veineuses, et la peau redevient mate comme auparavant.

Pour abréger la durée du traitement, ou pour terminer une cure incapable de faire disparaître complètement les ectasies veineuses, Unna conseille l'emploi de son microbrûleur, dont la pointe en platine recourbée en anneau et chauffée suffisamment, mais non portée au rouge, est appliquée sur la peau légèrement mais assez pour faire disparaître les rougeurs. Pour cette cautérisation, il n'est pas besoin d'avoir recours à l'anesthésie locale ou générale ; toutefois, autour du nez et de la bouche, en raison des terminaisons nerveuses qui y abondent, il convient de n'appuyer que très légèrement. Les soins consécutifs à ce traitement consistent seulement dans l'emploi de la poudre cuticolore. Le frottement et le lavage des endroits traités de cette façon devront être déconseillés pour éviter une nouvelle poussée congestive des vaisseaux. Au bout de huit jours, les ectasies vasculaires disparaissent, quand l'opération a été bien conduite avec le microbrûleur. Cette méthode simple non sanglante et sûre est à préférer à la méthode sanglante de Hébra qui consiste à dilacérer en tous sens le réseau veineux.

Avec cette méthode de traitement ambulatoire qui permet aux malades de vaquer à leurs occupations, les cas bénins sont guéris en deux à quatre semaines et les cas plus graves en deux à quatre mois ; mais la durée, dans les cas difficiles, peut être abrégée par un traitement plus énergique dans une clinique ou chez soi par l'emploi des pâtes exfoliantes.

La pâte exfoliante (*pasta lepismatica*) est une pâte de zinc renfermant 40 à 50 p. 100 de résorcine, à laquelle on peut ajouter de l'ichthyol à cause de son action adoucissante, ce qui lui communique une couleur noirâtre peu convenable pour le mode de traitement ambulatoire. Cependant pour l'emploi à la maison ou dans une clinique, on formulera la prescription suivante :

Pâte de zinc......... / Résorc. finem. pulv..	ãã 20 parties
Ichthyol .... / Vaseline.............	ãã 5 parties

M. pour une pâte.

Avec cette pâte on enduit la peau du visage, deux fois par jour, dans tous les points malades. La première fois il se forme une croûte cornée noirâtre avec sensation de brûlure plus ou moins intense qui s'atténue avec les frictions ultérieures. Pour les malades sensibles à la douleur, on peut ajouter 2 à 5 p. 100 d'anesthésine à la pâte. Du côté du système pileux et des muqueuses, particulièrement sur les paupières, on doit étendre la pommade lé-

gèrement avec un doigt sec, comme avec une estompe, parce que sans cela, après la cure exfoliante, les parties exfoliées forment un contraste trop violent avec les parties non traitées. Dans l'acné rosacée circonscrite, pour obtenir de bons résultats, le traitement devra être généralisé à la face tout entière. Au bout de trois jours de ce traitement, appliqué matin et soir, la croûte cornée est assez épaisse pour s'enlever en entier comme une feuille de papier écolier. En tous cas, il convient, du quatrième au septième jour, de faire un badigeonnage avec une préparation gélatineuse zinc-ichthyol, pour servir de couche protectrice provisoire. Le septième jour, quand la pellicule foliée est tombée, la peau du visage est plus nette, plus fine, plus mate.

La seule contre-indication à la cure exfoliante est l'idiosyncrasie pour la résorcine, qui s'observe dès le premier jour et est caractérisée par une forte brûlure, un gonflement de la peau et la formation de vésicules. Quand ces cas se présentent, ce qui est rare, il faut enlever immédiatement la couche de pâte et appliquer une couche épaisse de farine jusqu'à ce que l'enflure et les vésicules aient disparu.

Si l'on veut, sur la demande de malades, transformer cette méthode de cure exfoliante en traitement ambulatoire, il faudra diluer la pâte avec de la vaseline, comme dans la formule suivante :

Pâte de zinc	ãã 20 parties
Résorc. finem. pulv.	
Vaseline	10 parties

La pâte est employée seulement la nuit, on l'essuie le matin et on met une couche de poudre cuticolore par dessus et le soir, au lavage, il se détache des lamelles épidermiques. Pendant une telle cure, le teint n'est naturellement pas précisément irréprochable au point de vue esthétique.

Pendant le traitement de l'acné rosacée, on devra déjà se préoccuper de quelques autres affections séborrhéïques et les faire disparaître peu à peu. A ce point de vue, on portera surtout ses soins sur l'alopécie séborrhéïque et la blépharite ciliaire. Dans tous les cas de rosacée, spécialement chez les femmes, on fera laver la tête, et on fera attention aux squames, aux plaques eczémateuses circonscrites et à l'alopécie. Dans les cas légers, l'emploi d'une pommade sulfureuse et des lavages fréquents suffisent ; mais si les pellicules et si la chute des cheveux sont considérables, il faudra recommander la friction avec la pommade suivante :

Onguent sulfuré....	ãã 20 parties
Onguent à la résorcine composé.....	

M. s. a. Pour une pommade.

L'onguent sulfuré a pour formule :

Huile de cacao	30 parties
Huile d'amand. benzoïn.	65 parties
Soufre précipité.......	5 parties
Essence de roses	II goutt.
Extrait de violette....	ãã XIV gtt.
Réséda et jasmin.....	

En présence d'une forte séborrhée on remplace avantageusement la pommade sulfureuse par la pâte de zinc soufrée.

Pâte de zinc soufrée	20 gr.
Onguent à la résorc. comp.	10 gr.

M. s. a. Pour pommade.

Ces pommades sont appliquées tous les jours sur le cuir chevelu et au bout de quelques jours, on essaie, par un lavage, de se rendre compte de la chute des cheveux et de l'état du cuir chevelu. On pourra constater, d'un lavage à un autre, une amélioration continue.

La blépharite ciliaire exige, puisque la conjonctive ne tolère pas le soufre, l'emploi d'ichthyol ou d'oxyde d'hydrargyre ou de résorcine. Comme base des pommades ophthalmiques, on se sert de pommade de zinc, à laquelle on combine un seul de ces médicaments ou bien on en ajoute de 2 à 5 p. 100 de chacun d'eux. Avant de se coucher on enduit légèrement les cils des paupières fermées avec cette pommade. Si les cils sont revêtus de croûtes tenaces, on applique des enveloppements de Priessnitz avec une infusion de camomille ou de 1 p. 100 de solution de résorcine. Contre la conjonctivite qui accompagne presque toujours la blépharite, il est à recommander l'instillation d'une solution de pyroloxine.

Pyroloxine...........	0.01 à 0.05
Eau boratée.......... }	ââ 5
Eau dite de fenouil.. }	

On peut aussi guérir les conjonctivites chroniques avec cette solution.

(La pyrotoxine est un produit d'oxydation du pyrogallol préparé par la pharmacie Schwan, de Hambourg)

(*Medizin. Klinik* et *B. G. de Th.*, 8 juillet 1908.)

Cure radicale et rapide de la phtiriase par l'alcool.

(Oppenheim.)

Suivant M.H Oppenheim,le meilleur traitement de la phtiriase consiste dans l'emploi de l'alcool absolu ou rectifié. Il n'est pas nécessaire que le sujet prenne de bain avant le traitement.L'alcool est pulvérisé sur les parties atteintes et on hâte son évaporation en éventant la surface cutanée avec un éventail.Après quelques minutes,on fait une seconde et quelquefois une troisième application. Immanquablement, les parasites et leurs lentes sont tués. On fait alors prendre un bain savonneux au sujet ; on désinfecte ses vêtements à l'étuve ou, si l'on ne peut le faire,on les imbibe abondamment d'alcool, Ce traitement réussirait très bien. (*Deutsche Méd. Woch,et Méd. Mart.* p.356).

Comment traiter la vulvo-vaginite ?

(Privey.)

Chez l'enfant, le Dr Pron conseille de traiter la vulvo-vaginite aiguë par des lavages bi-quotidiens de la vulve et ensuite par des injections vaginales données sous faible pression à l'aide d'une sonde de petit calibre, avec une solution de permanganate de potasse à 1/2.000e.

Chez l'adulte, repos au lit; compresses froides sur la vulve, renouvelées toutes les deux ou trois heures, et tampon d'ouate imbibée de permanganate de potasse à 1/2.000e entre les grandes lèvres.

Donner des bains de siège avec :

Feuilles de belladone... }	ââ 30 gr.
Feuilles de jusquiame.. }	
Têtes de pavot.........	N° 2

On peut, quand l'inflammation est moins grande, pratiquer une ou deux fois par jour une injection à l'eau boriquée d'abord, puis au permanganate de potasse à 1/2.000e, au protargol à 1 p. 200 avec:

Sulfate de cuivre ......)	
Sulfate de fer.........}	ââ 1 gr.
Sulfate de zinc.... ....)	
Eau gommée......	10 gr.
Eau	300 gr.

(Robin et Dalché.)

Maintenir entre les lèvres un tampon d'ouate imbibée d'une solution antiseptique ou astringente (acétate de plomb à 1/2000e, solution de tannin glycérine à 1,40e) (1).

Traitement du prurit vulvaire.

Pommade :

Bromotane....	4 gr.
Essence de géranium...	X gout.
Lanoline et vaseline ...	ââ 20 gr.

Le bromotane ou méthylène-urébromotannique est le produit de la condensation de l'aldhéhyde formique, du bromotanin et de l'urée. On le trouve dans le commerce sous forme de poudre jaune, fine, presque inodore et sans saveur.

(*Ann. de thér. derm. et syph.*, n° 7, 5 avril 1908.)

Végétations vulvaires chez la femme enceinte.

(Rudaux.)

1° Faire deux fois par jour une injection vaginale sous faible pression avec deux litres d'eau bouillie, dans laquelle on mettra un des paquets suivants :

Permanganate de potasse. 1 gr. pour un paquet.

2° Après l'injection,faire une irrigation sous forte pression en se servant d'une boîte et d'une canule percée d'un seul trou, employer une solution d'aniodol à 1 p. 1000, ou de lusoforme à 10 p. 1000.

3° Recouvrir les végétations de la poudre suivante :

Oxyde de zinc.	10 gr.
Tannin...........	10 gr.
Talc................	30 gr.

(1) *Journ. de méd. et de chir. prat.* 10 février 1908.

4° Badigeonner tous les deux jours les végétations avec un tampon bien imbibé de la solution suivante :

Nitrate d'argent..........	10 gr.
Eau distillée.............	100 gr.

ou les toucher légèrement à l'eau oxygénée pure ou avec de l'acide chromique :

Acide chromiqne.........	10 gr.
Eau distillée	20 gr.

Si les végétations sont très volumineuses et suintantes, les enlever au thermo-cautère dans le courant du neuvième mois, appliquer ensuite de la poudre d'aniodol.
(*La Clinique*, n° 21, 22 mai 1908.)

Traitement du nœvus.

Collodion........	30 gr.
Sublimé	2 gr.

Etaler sur le nævus et en le débordant une couche de ce collodion avec un pinceau de blaireau. Souffler pour activer l'évaporation. Quand la pellicule est formée, appliquer une nouvelle couche et cela 2 ou 3 fois.

Recouvrir ensuite de coton aseptique et maintenir.

Au bout de deux jours, enlever la pellicule et faire une nouvelle application qu'on enlève au bout de trois jours.

Généralement, on voit se détacher une eschare brunâtre dans laquelle existe une cicatrice fine ou une petite ulcération qui se cicatrice rapidement.

On est quelquefois obligé de faire 4 ou 5 applications de collodion au sublimé. (*Ann. de thér. d. et s.*, n° 5, 5 mars 1908.)

Traitement des fissures de la langue.

Acide phénique neigeux	2 gr. 50
Teinture d iode.......	ââ 12 gr. 50
Glycérine neutre	

Appliquer au niveau des fissures à l'aide d'un pinceau.
(*Ann. de ther. d. et s.*, n° 5, 5 mars 1908.)

Contre la Leucoplasie buccale.

Application de décoction d'airelle. Cette décoction se prépare en mettant à macérer 200 gr. d'airelle dans 500 gr. d'eau pendant plusieurs heures, puis en faisant réduire à 300 gr. par l'ébullition. (*Ann. de thér. d. et s.*, n° 5, 5 mars 1908.)

Avantages de l'Enésol.

1° Tonicité excessivement faible (70 fois plus faible que celle du Hg. I2), qui permet d'administrer à doses élevées le mercure et l'arsenic sans phénomènes généraux d'intolérance.

2° L'énésol n'est pas douloureux en injections ; celles-ci sont très bien supportées même à doses élevées et ne donnent jamais de nodosités.

3° L'activité thérapeutique de l'énésol est comparable à celle des meilleurs sels mercuriels solubles. Il joint de plus, à son action spécifique, due au mercure qu'il contient, l'action dynamique de l'arsenic sous forme de dérivé méthyl.
(*Soc. Nat. de Méd. de Lyon*).

INSTRUMENTS NOUVEAUX

Présentation d'un appareil à douche d'air chaud.

Par MM. Balzer et Dausset.

Le Dr Balzer a présenté à la Société française de Dermatologie au nom du Dr Dausset un nouvel *appareil à douche d'air chaud*, qui se compose, d'abord d'une soufflerie qui, en l'espèce, est la trompe

à eau Delsuc, pouvant s'adapter à n'importe quel robinet. L'appareil chauffant marche au gaz. L'air, qui arrive sous une certaine pression, entraîne par des orifices percés au bas de l'appareil une certaine quantité d'air ambiant qui s'ajoute à lui après avoir léché la flamme de 4 petits brûleurs à gaz. L'ensemble de cet air sort par un tube flexible de 50 centimètres, à l'extrémité duquel il a une température que l'on peut faire varier à volonté de quelques degrés à 300°, d'une façon instantanée.

Soc. française de Dermat. 2 juillet 1908.

Une instrumentation nouvelle pour le traitement de l'acné.

Par M. Masotti (1).

Quelle que soit la genèse de l'acné, il est hors de doute que le comédon joue un rôle capital dans la genèse de cette dermatose essentiellement récidivante. Il faut donc l'envisager comme un ennemi dont on doit se débarrasser à tout prix.

De nombreux instruments ont été imaginés et même construits à cet effet. Il n'est pas un seul, à notre connaissance, qui soit réellement pratique.

La douleur provoquée par ces divers engins de torture est si vive qu'on en arrive à préférer, sans plus de cérémonies, extraire les comédons par la simple pression des doigts.

Passons en revue la plupart de ces instruments et montrons-en les inconvénients, avant de leur opposer l'appareil que nous avons créé nous-même et dont une longue et heureuse pratique nous permet d'affirmer l'indiscutable supériorité.

L'extracteur type, celui qui a servi de modèle à tous les autres, c'est la clé de montre ordinaire.

La clé de montre a le tort d'être douloureuse, par cette simple raison que la compression n'est pas progressive, mais s'opère d'emblée brutalement. D'autre part, on ne saurait ainsi faciliter la sortie du comédon par une compression centripète graduelle sur les tissus avoisinants.

L'extracteur du Dr Brocq, qui passe, non sans raison, pour le meilleur, est un perfectionnement de la clé de montre, sur laquelle il a le double avantage d'un nettoyage facile et d'une parfaite adaptation à tous les comédons.

Par contre, l'extracteur du Dr Allon (que nous avions cru devoir

(1) Travail fait dans le service du Docteur Balzer, à l'hôpital Saint-Louis.

faire venir exprès de New-York) nous a occasionné une véritable désillusion. C'est une sorte de pince, dont un dispositif spécial empêche les deux branches de se rejoindre exactement.

On peut bien ainsi happer la peau des deux côtés du comédon mais on n'en obtient pas toujours l'extraction, à moins d'y mettre une telle force que le patient se refuse à affronter de nouveau une intervention qui, bénigne en apparence, n'en est pas moins un véritable supplice.

En réalité on opère avec cette pince comme on opérerait avec les doigts, le principe mécanique est le même. Seulement il va de soi que la pulpe des doigts est infiniment plus souple, plus délicate et plus subtile que l'acier. C'est une pince intelligente. C'est exactement comme le massage manuel comparé au massage instrumental.

L'appareil Allon comporte, en outre, à l'autre extrémité, une espèce de petit couteau dont nous n'avons pu réussir à comprendre l'usage.

L'extracteur du Dr Mahu a les mêmes défauts que la clé de montre, à ceci près qu'il est plus élégant et tient mieux en main.

Comme on le voit, parmi ces divers instruments, pas un seul n'est réellement pratique ; personne ne s'est préoccupé d'épargner au patient une souffrance inutile. On n'a jamais fabriqué que des instruments rigides.

L'outillage que nous avons l'honneur de vous présenter, et qui s'inspire d'une conception toute différente, se compose de deux instruments distincts :

1° L'extracteur de comédons proprement dit ;

2° Une petite spatule évidée en son centre.

Notre extracteur de comédons se caractérise par cette particularité, à laquelle nous attachons une grande importance, que, grâce à un ressort placé à l'intérieur, la pression s'exerce d'une façon progressive. Il s'ensuit, naturellement, que la douleur est infiniment moindre que quand on opère avec une tige rigide. Nous ajouterons en outre que, à l'aide de cet instrument, il s'exerce une pression tout autour du comédon qui facilite l'extraction même des plus difficiles.

L'autre partie de l'instrument, complètement indépendante de la première et qui pour les personnes déjà expérimentées n'est pas absolument nécessaire, se compose simplement d'une petite spatule percée, au centre, d'un trou assez large pour permettre la boursouflure, de façon que la compression exercée par l'autre instrument se fait plus facilement. On applique cette spatule de la

main gauche, pendant qu'on manœuvre l'extracteur de la main droite.

Nous devons ajouter que cet extracteur est établi de façon à pouvoir s'appliquer à tous les comédons, quelle que soit leur grosseur.

L'extracteur de comédons réalise donc les deux principes : 1° de déterminer, à l'aide d'un ressort placé à l'intérieur de l'appareil, une compression progressive ; 2° de déterminer, au moyen de l'extrémité fixe de l'appareil, une compression péricomédonienne qui facilite la sortie des comédons même les plus difficiles.

Après cette description de nos appareils, nous arrivons au traitement local de l'acné tel que nous l'avons imaginé et mis en pratique depuis longtemps déjà. Si nous n'avons encore rien publié sur cette méthode nouvelle, c'est que nous voulions pouvoir invoquer à l'appui un bon nombre de ces résultats décisifs qui entraînent la conviction plus sûrement que les séduisantes théories.

Les photographies que nous présentons à la Société représentent des personnes traitées et guéries depuis longtemps par notre traitement et qui consiste essentiellement dans l'emploi systématique et combiné :

1° Des scarifications ;

2° D'un massage spécial ;

3° De l'eau chaude (appliquée, sous forme de double courant, à l'aide d'un appareil (*ad hoc*).

Les scarifications ne datent pas d'hier. Mais c'est un traitement excessivement long et souvent infidèle. Il faut, en effet, faire les scarifications, une fois par semaine, pendant plusieurs mois, sans même avoir, si l'on s'en tient là, la certitude de réussir.

Pour assurer aux scarifications un résultat sûr et rapide, il convient de leur adjoindre : 1° le massage ; 2° les applications d'eau chaude.

Quand nous parlons du massage, il s'agit, bien entendu, d'un massage spécial. Ni le massage banal, ni l'effleurage ne serviraient à rien. Il faut un massage vigoureux, qui soit en même temps, pour ainsi dire, un pétrissage, opérant par compression. Ce qu'il s'agit d'obtenir, en effet, ce n'est pas seulement la décongestion du visage : c'est le dégraissage de la peau.

On y arrive facilement en employant les deux pouces.

Le patient doit être assis sur une chaise, tandis que l'opérateur se tient debout, derrière, un peu obliquement pour permettre à la tête de prendre un solide point d'appui sur sa poitrine. Les pou-

ces glissent sur la peau, en sens inverse et à quelque distance l'un de l'autre, de façon à pincer entre eux un bourrelet de chair, d'où leur pression méthodique doit exprimer le plus possible de matière sébacée.

Il ne faut employer ni vaseline, ni huile, ni cold-cream ; les peaux atteintes d'acné sont assez grasses par elles-mêmes pour qu'aucun traumatisme, aucune meurtrissure ne soit à craindre.

Nous procédons à ce massage trois fois par semaine: la première fois, trois jours après la scarification; la dernière fois, avant la seconde scarification.

Après chaque massage, nous administrons au patient une douche faciale d'eau chaude.

Le traitement de l'acné par l'eau chaude n'est pas précisément neuf ; mais il n'a jamais encore été appliqué, jusqu'ici, d'une manière systématique et rationnelle.

Il nous a paru que les résultats les plus encourageants étaient obtenus par les applications d'eau très chaude, aussi chaude que le sujet la peut supporter, à l'aide d'un dispositif *sui generis* très simple, permettant de prolonger le contact avec la peau pendant une quinzaine de minutes ; c'est en raison de cette observation que nous avons fait construire l'appareil dont nous présentons le dessin à la Société et qui répond parfaitement à son but.

On peut ainsi obtenir un courant continu et toujours renouvelé d'eau chaude à la température voulue, d'après les indications d'un thermomètre adapté à l'appareil. Grâce à cette triple alliance thérapeutique, nous avons pu réaliser des cures véritablement intéressantes, ainsi que l'attestent les photographies que nous présentons, portraits des malades débarrassés d'éruption qui dataient souvent de plusieurs années. (*Soc fr. de Derm.*, 2 juillet 1908.)

REVUE DE PROPHYLAXIE

Dangers de contamination de diverses maladies par quelques habitudes très répandues, et en particulier l'insalivation des objets usuels. (*Revue médicale de l'Est*, 1907.)

MM. ETIENNE et PERRIN

C'est, à la vérité, tout un répertoire que les auteurs nous ont donné, sous ce titre, des objets, pratiques et coutumes susceptibles de transmettre certaines maladies et en particulier la syphilis.

Nous savons déjà par quels étranges et bizarres véhicules celle-ci peut être passée et communiquée. La littérature médicale regorge à ce point de vue, de faits curieux parfois presque incroyables. Mais dans leur article, c'est surtout le rôle de l'insalivation que les auteurs se sont plu à considérer. Ils en signalent à bon droit l'influence fâcheuse, et on ne peut que regretter qu'un utile travail comme le leur soit simplement publié et reproduit dans les journaux médicaux et lu par ceux qui savent ou devinent déjà par leur fonction ce qui se passe, alors qu'il devrait être reproduit par ce qu'on est convenu d'appeler la grande presse et pénétrer dans les masses qui en pourraient tirer un légitime profit.

Après avoir fait le procès du baiser, porteur de tuberculose, et de l'habitude de se mouiller les doigts pour tourner les feuillets d'un livre, ils passent à la transmission de la syphilis.

L'*avarie*, disent-ils, on l'ignore trop souvent dans le public, n'est pas une maladie exclusivement sexuelle : la longue durée de sa contagiosité et la fréquence de ses manifestations dans diverses régions du corps, et en particulier dans la bouche, font qu'il y a de nombreux cas d'avarie accidentelle, d'avarie « des innocents ». M. le Prof. Fournier rapporte l'observation d'un petit garçon qui tombe dans une promenade publique et se blesse ; une belle dame, prise de pitié, panse la plaie avec un morceau de papier gommé, qu'elle humecte de sa salive. Résultat : après le délai normal, développement d'un chancre (accident primitif) au niveau de la plaie.

M. Spillmann a vu un apprenti tapissier dont la lèvre inférieure présentait le même accident, parce qu'il avait l'habitude de mettre à sa bouche de petits clous, comme le faisaient tous ses campagnons de travail ; or, l'un de ceux-ci, l'auteur inconscient de la contamination, était en puissance d'avarie contagieuse.

Nombreux sont les cas d'avarie inoculée au sein d'une nourrice par la bouche d'un nourrisson héréditairement avarié.

L'usage d'instruments de table après un syphilitique a été la cause indéniable d'un certain nombre de chancres de l'amygdale. L'un de nous a vu un chancre de la lèvre contracté par une mère de famille, qui s'était servie d'un gobelet de fer blanc attaché à la fontaine de l'usine où elle travaillait, gobelet qui servait à tous les ouvriers voulant se désaltérer .Les cas de contamination par le quart, passant de bouche en bouche, sont fréquents dans les casernes.

De même l'habitude de goûter la bouillie des enfants, qu'ont trop de domestiques !

De même encore, nous connaissons un cas de chancre de la lèvre, communiqué par l'embouchure d'un instrument de musique.

Lamentables aussi sont l'histoire de cette jeune mariée du grand monde, inoculée à la joue au cours des embrassades du classique défilé de la sacristie ; et celle d'une malheureuse famille dans laquelle un jeune homme avarié contamina un petit cousin en soufflant dans sa trompette pour l'amuser : l'enfant prit le germe déposé sur son jouet et transmit ensuite la maladie à ses parents et à un autre enfant.

M. Suarez de Mendoza a imputé certaines contaminations à la déplorable habitude de « lécher » véritablement certains objets religieux, notamment la patène ou les reliquaires, léchage qui, au point de vue dogmatique, n'est nullement obligatoire et peut se remplacer facilement par le simple contact de la joue.

De légères « boutonnières » ou même des excoriations insignifiantes faites par un rasoir banal dans une peau sur laquelle se promène ensuite un blaireau non moins banal, ont à leur actif des cas de contagion d'avarie. Nous en connaissons jusqu'ici, pour nous seuls, cinq cas indiscutables à Nancy.

Plus loin les auteurs signalent l'habitude qu'ont les demoiselles de magasin, chez les pâtissiers, de mouiller élégamment leur index pour prendre une feuille de papier de soie sur laquelle le même index aide les autres doigts à déposer la tartelette achetée par le client, celle qu'ont les garçons glaciers qui, pour démonler les glaces soufflent par un petit trou situé au fond du moule en l'imprégnant de leur salive. Ils rappellent le geste au moins malpropre des garçons épiciers qui, en sortant des water-closets, fourrent leurs doigts non lavés dans des caisses de pruneaux, de raisins, de petits gâteaux.

Les garçons de restaurant imbibent de leur salive une serviette avec laquelle ils glacent la surface du sel des salières. Ils nettoient avec leur salive ou la buée de leur respiration les souillures laissées par le plongeur sur les verres ou les assiettes.

En tramways, MM. les employés (auxquels la Compagnie, pourtant mise au courant par l'envoi récent d'une brochure *ad hoc*, s'abstient de donner des instructions et des bagues de caoutchouc) insalivent plus que jamais les tickets qu'ils donnent au public ; l'un de nous a eu la jouissance de quatre billets qui se sont partagé dix-sept imprégnations de salive entre le Pont Saint-Jean et Bonsecours. La statistique de M. Perrin permet d'évaluer à 3 sur 4 le nombre de tickets sur lesquels une tartine de salive est donnée... par dessus le marché ! Or, des recherches bactériologiques récentes ont démontré sur deux cinquièmes des billets la présence de microbes d'apparence inoffensive, et sur les trois autres cinquièmes

la présence de microbes *virulents* (streptocoques, staphylocoques, pneumocoques, pseudo-bacilles de Lœffler), tous capables de transmettre aux voyageurs une maladie infectieuse.

Les amateurs de propreté feront bien de regarder les mains qui, parfois, leur délivrent des timbres-poste, et les cartons où ceux-ci sont contenus. Le nombre des employés des postes munis d'une éponge mouillée pour humecter les timbres est très rare : la plupart insalivent leurs doigts pour tourner les feuilles de timbres-poste à livrer au public, ou insalivent partiellement un timbre détaché à recoller sur le carton.

Certaines personnes ont la manie d'embrasser les personnes et les objets. Sur les promenades publiques, on voit des dames qui ne peuvent rencontrer un joli enfant sans vouloir immédiatement l'embrasser, fut-ce nn enfant inconnu. (En Angleterre, pour réagir contre cette habitude, on a imaginé de mettre sur les chapeaux des enfants une banderolle avec cette inscrption : *Kiss me not* ! (ne m'embrassez pas.)

Pour nettoyer une petite souillure sur le visage d'un enfant, ou éponger une petite plaie, grandes dames et domestiques prennent leur mouchoir et l'humectent de salive. A rapprocher de ce lavage « appétissant » les pansements à la salive sur un morceau de papier gommé ou sur un débris de timbre-poste.

Ceux qui sucent leurs crayons et porte-plumes personnels ont parfois la fâcheuse distraction d'agir de la même manière envers ces instruments trouvés dans un bureau ou empruntés à n'importe qui. Un médecin connu est mort paralytique général pour avoir ainsi mâché un coupe-papier.

Certaines catégories d'ouvriers se servent de leur bouche comme d'une troisième main et y placent des objets qui passeront bientôt dans celle d'autres ouvriers : clous chez les tapissiers, épingles chez les couturières, les modistes, etc.

Chez les marchands de pipes, le bon fonctionnement du tuyau se vérifie en soufflant dedans à la réception des marchandises ; au moment de la revente, les clients en font autant.

Les trompettes et les sifflets vendus sur la voie publique ou dans les magasins sont mis en valeur par le camelot ou le vendeur. Et nombre de personnes croient bien faire en soufflant dans les trompettes des enfants pour les amuser.

Sur le champ de foire, les petites photographies sur zinc à 0 fr. 30 sont, après développement, séchées à la flamme. Il s'y forme une buée que l'artiste lèche rapidement, puis il met la photo dans un petit cadre. Des mères ou des femmes, heureuses de la ressemblance, embrassent parfois cette photo qu'on vient de leur remettre, ou

vont manger des gâteaux ou des frites après avoir manipulé cette photo léchée par un inconnu. C'est ainsi que le jour de l'ouverture de la foire, devant nous, une ouvrière, en recevant la photographie, dit à son mari : « Eugène, que t'es beau là dessus », et elle embrassa la photo à cinq ou six reprises ?

Il est d'usage courant de se mettre à table après avoir frotté ses mains sur des rampes d'escaliers, manipulé son courrier (dont le facteur a insalivé les coins), utilisé les water-closets et avoir tiré la poignée de la chasse d'eau, etc. Il est bien peu de maisons où l'on ait un lavabo, à l'entrée de la salle à manger. Même observation en ce qui concerne la manipulation des objets alimentaires dans les magasins, cuisines, etc.

Quand on donne son linge à laver, on fera bien de s'assurer qu'il n'est pas manipulé en même temps et savonné dans le même récipient que des mouchoirs remplis de crachats d'un phtisique ou de mouchures d'un diphtérique.

Une bouillie ne serait sans doute pas cuite à point si les bonnes d'enfants, gardes, voisines ou nourrices n'avaient mis la cuillère à leur bouche avant de la donner à l'enfant. A noter que des parents qui tolèrent cet usage forcent souvent leur bonne à avoir un verre à boire personnel. On vérifie aussi le tirage du biberon tout comme on emprunte un nourrisson quelconque pour faire monter le lait d'une jeune mère.

Il y a quelques années encore, il était d'usage courant, chez de nombreux barbiers, de déposer de la salive sur l'ongle du pouce pour y affiler le rasoir tout prêt à servir.

Dans les cafés, les cercles, beaucoup de personnes insalivent leur pouce et leur index pour faire plus facilement glisser les cartes à jouer, cartes servant à tout le monde.

Quatre-vingt-dix-neuf des notes acquittées sont imbibées par la salive collant le timbre à quittance.

Il est intéressant de voir l'épaisse couche de vernis salivaire qui orne les coins des livres des cabinets de lecture et les registres ou répertoires de certains bureaux.

Les vieux timbres doivent avoir une saveur toute particulière à en juger par le soin avec lequel certains collectionneurs les décollent en les léchant.

Il est des personnes qui ne se contentent pas de déverser des flots d'éloquence ou de racontars, mais qui déversent aussi des flots de « postillons » sans s'inquiéter sur quoi ils tombent !

Dans les bureaux de tabac, on met toujours son cigare à la bouche pour l'humecter avant d'en couper l'extrémité dans la petite

guillotine *ad hoc*, comme l'ont fait les acheteurs précédents et comme le feront les suivants.

Les pièces d'argent sont souvent prises entres les dents surtout pendant qu'on rend la monnaie ; l'un de nous a vu une pièce d'un franc passer de la bouche d'un tuberculeux qu'il venait d'ausculter à l'hôpital dans celle d'un employé de tramways.

Les personnes qui professionnellement devraient être mieux renseignées ont parfois des habitudes fâcheuses : il n'est pas rare de voir des aides de pharmacie fabriquer des cachets ou rouler des pilules immédiatement après avoir manipulé l'ordonnance souillée par les doigts du malade et de son entourage, ou après avoir fait une analyse d'urine ; d'autres mettent entre leurs dents des bouchons de bouteilles ; un préparateur de cachets, que nous connaissons, s'est un jour servi de sa salive pour suppléer à la sécheresse de son tampon ; or, il était en pleine période contagieuse d'avarie. Comme le disent avec raison les auteurs, un léger effort pour renoncer à des habitudes nuisibles est chose peu difficile ; le public peut perdre ces mauvaises habitudes, notamment celle de cracher sur les objets vendus aux clients, comme il a perdu au XVIe siècle celle de se moucher dans ses doigts, au XVIIe celle de jeter les os sous la table, au XVIIIe celle de se servir des rues comme cabinets d'aisances, etc. Mais bien des personnes redoutent la moindre dérogation à leur routine, et opposent la force d'inertie à tous les progrès, quand bien même ceux-ci sont demandés dans un but d'intérêt général.

Prophylaxie des maladies vénériennes.

Par M. Jules STERNE.

Le même journal (1) publie d'autre part une très intéressante communication à la Société de Médecine de Nancy, où l'auteur déclare que point n'est besoin d'un médecin pour surveiller, moins encore pour pratiquer les mesures préventives, puisque la plupart du temps ce sont des sage-femmes ou des infirmières qui se chargent de faire le nécessaire et ceci avec des résultats plus que satisfaisants, il suffit que les instructions soient rédigées d'une façon très claire et au besoin conçues dans des termes propres à frapper l'imagination des intéressés.

Notre but, continue-t-il, n'est pas d'envisager la prostitution et ses méfaits au points de vue social ; des flots d'encre ont coulé, de grandes discussions n'ont jamais convaincu personne et le mal est resté comme avant. A notre avis, un des grands contre-sens qui a

(1) *Revue médicale de l'Est*, 15 juillet 1908.

été commis par les règlements, c'est de toujours considérer la femme comme la seule coupable et de la soumettre à un traitement qui relève plus de la prison que de l'hôpital, alors que les hommes qui sont infectés peuvent continuer à semer, à leur bon plaisir, leurs spirochètes et leurs gonocoques.

Nous voulons simplement, dans cet article, donner quelques conseils et indiquer quelques précautions préliminaires et subséquentes, qui, sans avoir la prétention de faire disparaître le mal, arriveront, il faut l'espérer, quand ces idées auront pénétré dans les masses, à diminuer de plus en plus les chances d'infection génitale, tout comme cela s'est passé pour l'infection puerpérale et l'ophtalmie purulente des nouveau-nés.

Et tout d'abord, c'est, bien entendu, au médecin qu'incombe dans toute la mesure du possible, le devoir de conseiller la prophylaxie. C'est si simple, lorsqu'un vénérien sort de nos mains après une chaude alarme, de lui faire des recommandations qui, pour l'avenir, pourront peut-être le garer de tout retour offensif.

Nous trouvons un très utile auxiliaire dans le personnel enseignant. Il serait si facile, dans toutes les œuvres post ou parascolaires, de donner quelques conseils à de grands jeunes gens, à qui, jusqu'à l'âge où ils ont toute liberté, on a soigneusement laissé ignorer les choses les plus élémentaires à cet égard.

Je ne parle que pour mémoire des théories qui, réglementairement, sont faites dans les régiments par nos camarades de l'armée, et j'arrive à une mesure importante, que des règlements municipaux ou préfectoraux devraient rendre obligatoire.

Ne serait-il pas possible aux médecins chargés du service de dispensaire de donner aussi quelques renseignements, au besoin de faire une démonstration pratique au moment des visites sanitaires qu'ils sont chargés de pratiquer et de montrer aux femmes inscrites tous les avantages qu'il y a pour elles à prendre leurs précautions et à obliger dans la mesure du possible leurs clients à agir de même ?

De plus, il serait grandement à désirer que dans les maisons de tolérance, aussi bien que dans les chambres occupées par des femmes se livrant à la prostitution réglementée, des affiches en caractères bien lisibles, placées bien en évidence, indiquent les précautions préalables et consécutives, et appellent l'attention du public peu instruit sur la nécessité du traitement prolongé de la syphilis.

Voyons maintenant en quoi consistent ces mesures prophylactiques. Ce sont celles que, depuis quelques années déjà, j'ai recommandées à de nombreux jeunes gens, qui n'ont eu qu'à s'en féliciter.

A. *Pour l'homme.* — *Avant.* Savonnage minutieux, puis lavage des organes génitaux, soit avec la solution de sublimé ou de permanganate au 1/1000e.

Après. — Lavage au savon, puis à l'alcool à 90°, suivi d'un nouveau lavage antiseptique, et pour finir, instiller dans le méat, au moyen d'une seringue ou d'un compte-gouttes, une petite quantité de la même solution antiseptique.

B. *Pour la femme.* — Lavage très minutieux suivi de savonnage des organes génitaux externes sans alcool, puis injection antiseptique chaude, préparée avec de l'eau bouillie avant et après.

J'avoue que j'ai quelque crainte relativement à l'emploi du sublimé, qui est un très violent poison, dans le milieu de la prostitution, ou d'une solution antiseptique dont on pourrait faire mauvais usage. C'est pourquoi je pense qu'on pourrait le remplacer par le permanganate au 1/1000e avec le lavage consécutif au bisulfite de soude, ou mieux encore employer la solution au 1/1000e d'oxycyanure de mercure, dont la toxicité est beaucoup moindre que celle du bichlorure.

Je ne crois pas devoir combattre, par avance, les objections qu'on pourrait élever contre ces quelques bien simples mesures de prophylaxie. Je suppose que ce n'est pas en un jour qu'on pourra les suggérer à la masse du public, mais il faut à tout un commencement, et il est permis d'espérer, si on veut bien en faire l'expérience, que les premiers résultats obtenus seront suffisamment encourageants pour entraîner les hésitants, et sans doute pour convaincre même les adversaires s'ils n'y mettent point de parti-pris.

Voici, d'ailleurs, un projet d'affiche conçue en termes très simples et où en quelques lignes j'ai condensé toutes ces mesures.

INSTRUCTION RELATIVE A LA PRESERVATION DES MALADIES VÉNÉRIENNES.

Pour éviter les maladies vénériennes, il est nécessaire de prendre les précautions suivantes :

1° L'HOMME devra, *avant* d'avoir un rapport, se savonner très soigneusement les organes génitaux, puis ensuite les laver avec de la solution antiseptique.

Après avoir eu un rapport, il devra de nouveau se savonner, puis se laver à l'alcool, et encore à la solution antiseptique ; pour finir, il devra introduire dans le canal quelques gouttes de cette solution antiseptique, au moyen d'une seringue.

2° La FEMME devra se laver très soigneusement les organes génitaux à l'extérieur et les savonner en allant dans tous les replis

des grandes et petites lèvres, puis se faire une injection chaude d'un litre d'eau bouillie antiseptique, avant et après.

Tout individu qui aura eu la vérole, ne fût-ce qu'un simple chancre, même sans autres manifestations, doit se soigner régulièrement pendant cinq ans au moins, sans quoi il risque d'être contagieux et de devenir très malade.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Histoire et géographie de la syphilis

D'ALMÉRAS. — Saint-Lazare pendant la Révolution. (*France méd.*, n° 9, 10 mai 1908.)

ASHMEAD. — Relation of syphilis with japanese racial peculiarities and customs. (*Amer. Journ. of Derm.*, July 1906.)

ASHMEAD.— Origin of syphilis in pre-Columbian america. (*Amer. J. of D.*, May a. June, 1908.)

M. BAUDOUIN. — La syphilis en Vendée. Préhistoire et histoire. (*France méd.*, n° 8, 25 avr, 1908.)

BAYET. — La syphilis dans l'histoire. (*B. Soc. belge D. et S.*, n° 1, 1907 1908.)

MURRELL. — Syphilis in the negro ; its bearing on the race problem. (*Amer. Journ. of Derm.*, Aug. 1906.)

QUILLIAN. — Racial peculiarities a cause of the prevalence of syphilis in negroes. (*Amer. Journ. of Derm.*, July 1906.)

VILANOVA. — La sifilis en Barcelona. (*Rev. esp. d. D. y. S.*, t. IX, N. 98 Febr. 1907.)

WICKERSHEIMER. — La question des origines de la syphilis. (*France méd.*, n° 23, 10 déc. 1907.)

WICKERSHEIMER. — Une nouvelle contribution à l'étude des origines de la syphilis. (*France méd.*, n° 4, 25 févr. 1908.)

Jean DE RENON et les guérisseurs de maladies vénériennes. (Journ. de méd. Paris ; in : *Journ. méd, Bruxelles*, 1907, n° 44, p. 707.)

Séro-diagnostic de la syphilis

BAB. — Le sérodiagnostic de la syphilis. (Soc. de méd, Berlin., 11 mars ; in *Sem. méd.*, n° 12, 18 mars 1908.

BAUER. — Sur la méthode de la preuve sérologique de la syphilis. (*Deut. med. Woch.*, n° 16, 16 avr. 1908.)

BERTIN et G. PETIT. — Recherches sur le séro-diagnostic de la syphilis. (*Echo méd. du Nord*, 17 mai 1908.)

BRUCK U. M. STERN.— Die Wassermann-Neisser-Brucksche Reaktion bei Syphilis. (*Deut. med. Woch.*, 1908.)

CITRON. — Die Serodiagnostiik der Syphilis. (*Berl. klin. Woch.*, n° 43, 1907.)

FLEISCHMANN. — Die Theorie, Praxis und Resultate der serumdiagnostik der Syphilis. (*Derm. Centr.*, n°s 8 et 9, mai et juin 1908.)

FORNET. — Technique des divers procédés employés pour le sérodiagnostic de la syphilis. (*Sem. méd.*, n° 19, 6 mai 1908.)

LEVADITI. — Le séro-diagnostic de la syphilis. (*Rev. pr. d. mal. cut.*, n° 10, oct. 1907.)

LEVADITI et YAMANOUCHI. — La séro-réaction de la syphilis. (Soc. de Biol. 22 févr. 1908 ; in · *Presse méd.*, n° 17, 26 févr. 1908.)

A. MARIE. — Contrôle de Wassermann et traitement spécifique des parasyphilitiques. (*Rev. pr. des mal. cut.*, n° 4, avr. 1908.)

MICHAELIS. — Die Wassermannsche Syphilisreaktion. (*Berl. klin. Woch.*, n° 35, 1907.)

RICKLIN. — Le sérodiagnostic de la syphilis. (*Rev. intern. de clin. et thér.*, n° 3 et 4, 20 mars, 15 avr. 1908.)

SCHOONHEID. — De serodiagnostiek der syphilis en hare waarde voor de praktyk. (*Med. Weekblad*, 30 mai et 6 juin 1908.)

Syphilis expérimentale

BERTARELLI.— Transmission de la syphilis au lapin. (Centralbl. f. Bakter, vol. XLIII, f. 2 et 3, 17 janv. et 5 févr. 1907 ; Anal in : *Presse méd.*, n° 46, 8 juin 1907.)

BERTARELLI. — Réceptivité des carnivores et des ruminants vis-à-vis de la syphilis expérimentale. (Centr. f. Bakt., vol. XLIII, f. 8, 25 avril 1907. Anal in : *Presse méd*,. n° 46, 8 juin 1907.)

BERTARELLI. — Sulla recettivita dei carnivori (cane) e dei ruminanti (pecora) alla sifilide sperimentale. (*Giorn. ital. d. mal. ven.*, fasc. II, 1907.)

BERTARELLI. — Le virus de la syphilis cornéenne du lapin et la réceptivité des singes inférieurs et des cobayes pour ce virus. (Centr. f. Bakt., vol. XLIII, f. 5, 5 mars 1907 ; in : *Presse méd.*, n° 46, 8 juin 1907.)

FINGER U. LANDSTEINER. — Untersuchungen über Syphilis an Affen. (*Arch. f. D. u. S.*, LXXXI., 1 H., Aug. 1906.)

LEVADITI et YAMANOUCHI. — La transmission de la syphilis au chat. (Acad. des Sc., 25 mai, in : *Sem. méd.*, n° 23, 3 juin 1908.)

LEVADITI et YAMANOUCHI. Récidive de la kératite syphilitique du lapin ; mode de division du tréponème. (Soc. de Biol., 7 mars 1908 ; in : *Presse méd.*, n° 21, 11 mars 1908.)

R. MARTIAL. — L'état actuel des recherches sur la syphilis expérimentale d'après le Prof. A. Neisser. (*Rev. pr. d. mal. cut.*, n° 6 et 8, juin et août,1907.)

PASINI. — Lo stato attuale degli studi sperimentali sulla sifilide. (*Giorn. ital. d. mal. ven.*, fasc. II, 1907.)

RICKLIN. — L'inoculabilité de la syphilis au singe, considérée dans ses rapports avec la médecine pratique. (*Rev. pr. d. mal. cut.*, n° 10, oct. 1906.)

C. M. WILLIAMS. — Some results which have been obtained in the experimental inoculation of syphilis. (*Journ. of cut. dis.*, Aug. 1907.)

Microbiologie de la syphilis

Bué et E. Petit. — Sur la présence du spirochète dans les tissus des hérédo-syphilitiques. (*Echo méd. du Nord.*, p. 205, 1908.)

Buschke u. W. Fischer. — Ueber die Beziehungen der Spirochaete pallida zur kongenitalen Syphilis, nebst einigen Bemerkungen über ihre Lagerung im Gewebe bei akquirierter Lues. (*Arch. f. D. u. S.*, LXXXII B, 1 H. Okt. 1906.)

Cappelli et Gavazzeni. — L'azione del mercurio sulla spirocheta pallida. (*Giorn. ital. d. mal. ven.*, fasc. IV, 1907.)

Campana. — Sulla non coltivabilita della spirocheta pallida. (Soc. derm. ital. ; in : *Giorn. ital. d. mal. ven.*, fasc. II, 1908.)

J. Diaz y Triana. — El microbio de la sifilis. (*Rev. esp. d. D. y S.*, t. VIII. Julio 1906, n° 91.)

Ehrlich. — Experimentelle Trypanosomstudien. (Berl. med. Gesells,, 13 Febr. 1907 ; in : *Deut. Med. Zeit.*, n° 15, 21 Febr. 1907.)

Entz. — Ueber das Vorkommen der Spirochaete pallida bei kongenitale Syphilis. (*Arch. f. D. u. S.*, LXXXI B., 1 H., Aug. 1906.)

Fouquet. — Le tréponème pâle de la syphilis ; ses localisations. (*Gaz. d. Hôp.*, 28 mars 1908.)

Gastou. — Le treponema pallidum. Diagnostic de la syphilis par l'ultramicroscope. (*Presse méd.*, n° 30, 11 avr. 1908.)

Gastou et Girauld. — Fréquence du tréponème hépatique chez le fœtus macéré et syphilis congénitale. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 2, févr. 1908.)

Hallopeau. — Sur un nouveau cas de localisation de tréponémas suractifs en traînées sur le trajet des lymphatiques de la verge consécutivement à des chancres du gland et du prépuce. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 2, févr. 1908.)

Hecht. — Untersuchungen über den Zusammenhang zwischen spitzem Kondylom und Spirochaeten. (*Arch. f. D. u. S.*, XCB., 1 u. 2 H., Apr. 1908.)

Hoffmann. — Mitteilungen und Demonstrationen über experimentelle Syphilis, Spirochaeta pallida un dandere Spirochaetenarten. (*Derm. Zeits.*, B. XIII, H. 8, Aug. 1906.)

Hölling. — Spirillum giganteum und Spirochaete balbianii. (*Centr. f. Bakt.*, H. 7, 17 sept. 1907.)

Hübner. — Neuere Arbeiten über die spirochaete pallida. (*Derm. Zeits.*. B. XIII, H. 9, sept. 1906.)

A. Kraus. — Untersuchungen über Spirochaete pallida. (*Arch. f. D. u. S.*, LXXXII B., 1H, Okt. 1906.)

Klodnitzky.— Sur la prolifération des spirochètes de la fièvre récurrente dans l'organisme des punaises. (Centr. Bl. f. Bakter., 24 oct. 1907 ; in : *Sem. med.*, n° 1, 1er janv. 1908.)

Krzysztalowicz u. Siedlecki. — Das Verhalten der Spirochaeta pallida in syphilitischen Effloreszenzen und die experimentelle Syphilis. (*Monatsh. f. prakt. Derm.*, B. 46, n° 9, 1er mai 1908.)

Lévy-Bing. — Le micro-organisme de la syphilis. Treponema pallidum (Schaudinn). (*La Clin.*, n° 14, 3 avr.1908.)

Lipschütz. — Ueber die Beziehungen der Spirochaeta pallida zum Hautpigment syphilitischer Effloreszenzen. (*Derm. Zeits.*, B. XIV, H. 2, Febr.1907.)

Löwy. — Beiträge zur Spirochaetenfrage. (*Arch. f. D. u. S.*, LXXXI. B., 1 H. Aug. 1906.)

Malinowski. — Spirochaete pallida bei tertiärer Syphilis. (*Mon. f. pr. D.* B. 45, n° 10, 15 nov. 1907.)

Mandelbaum. — Eine vitale Färbung der Spirochäte pallida. (*Munchen. med. Wochens.*, n° 46, S. 2268-2269, 1907.)

Mauriac et Bonnard. — Note sur la recherche du spirochète par le procédé de Levaditi. (Soc. d'Anat. et Phys. Bordeaux, 4 mai; in : *Gaz. hebd. d. Sc. med.*, Bordeaux, n° 20, 17 mai 1908.)

Mühlens. — Vergleichende Spirochaetenstudien. (*Zeitschr. f.Hyg. u. Infekt.*, Bd. 57, H. 3, 1907.)

Murero. — Spirochete mercurio e jodio. (*G. ital. d. mal. ven. e d. pelle*, 1907, fasc. VI.)

Preis. — Bakteriologischer Nachweis der Lues. (Wiener med. Presse, 49, 1906 ; in : *Deut. Med. Zeit.*, n° 14, 18 Febr. 1907.)

Scherber. — Ueber Spirochaetenerkrankungen. (*Derm. Zeits.*, B. XIV, H. 2, Febr. 1907.)

Sézary. — Technique et valeur de l'examen microbiologique dans la syphilis. (*Presse méd.*, n° 105, 28 déc. 1907.)

Le Sourd et Pagniez. — Le spirochaete pallida dans le sang des syphilitiques. (*Ann. de. D. et S.*, t. VIII, n° 1, jan. 1907.)

O. T. Schultz. — Fritz Schaudinn : a review of his work. (*Bul. of the J. Hopk. Hosp.*, June 1908.)

Syphilis du système nerveux

D'Arcy Power. — Diagnosis of syphilis of the nervous system. (*Amer. Journ. of Derm.*, Aug. 1906.)

Babinski. — Le traitement mercuriel dans les neuropathies syphilitiques. (Syph., n° 2, 1904 ; in : *Rev. pr. d. mal. cut.*, n° 2, févr. 1906.)

Ballet et Barbé. — Lymphocytose céphalo-rachidienne dans la syphilis. (Soc. de Neurol., 2 avril 1908 ; in : *Presse méd.*, n° 29, 8 avril 1908.)

Barjon et Garin. — Guérison de morphinomanie chez une névropathe syphilitique. (Soc. méd. d. Hôp., Lyon, 24 mars ; in : *Lyon méd.*, p. 1147,1908.)

Bayet. — Syphilis nerveuse ou hystérie. (*Bul. Soc. belge D. et S.*, n° 4, 1906-1907.)

G. Burgard. — Les symptômes céphaliques de la syphilis héréditaire fruste. (*Thèse*, Paris, 1908.)

Cambpell. — Lésion des deux noyaux caudés par des gommes. (*Berlin. klin. Woch.*, 2 mars 1908 et *Sem. méd.*, n° 26, 24 juin 1908.)

Claisse et Joltrain. — Méningite aiguë syphilitique avec guérison. (*Bul. Soc. méd. Hôp.*, n° 8, 4 mars 1908.)

Constantin. — Syphilis cérébrale précoce ; artérite du tronc basilaire et foyer de ramollissement protubérantiel ; guérison. Artérite de la sylvienne, méningite, mort ; autopsie. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 9, déc. 1906.)

FRANÇOIS-DAINVILLE. — Syphilis méningo-médullaire grave. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 4, avr. 1908.)

DEBOVE. — Paralysies et névralgies syphilitiques précoces. (*Presse méd.*, n° 44, 30 mai 1908.)

EHLERS. — Paralysie générale ayant débuté trois ans après l'infection syphilitique. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 1, janv. 1908.)

A. FOURNIER. — Paralysie générale débutant à la troisième année d'une syphilis. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 2, févr. 1908.)

G. GUILLAIN et P. THAON. — Etude sur une forme clinique de la syphilis du névraxe réalisant la transition entre les myélites syphilitiques, le tabes et la paralysie générale. (*Bul. Soc. méd. Hôp.*, n° 23, 4 juil. 1907.)

HITCHCOCK. — Syphilis of the nervous system. (*Amer. Journ. of Derm.*, Aug. 1906.)

HOPKINS. — Brain syphilis. (*Amer. journ. of. Derm.*, Aug. 1906.)

JOFFROY. — La paralysie générale juvénile. (*J. des. Prat.*, n° 23, 6 juin 1908.)

KLIPPEL et FRANÇOIS-DAINVILLE.— Méningo-myélite syphilitique à marche rapide. (Soc. de Neurol., 6 févr. 1908 ; in : *Presse méd.*, n° 12, 8 févr. 1908.)

LAIGNEL-LAVASTINE et VERLIAC. — Syndrome de « l'hémi-queue de cheval » par méningo-radiculite syphilitique. (Soc. de Neurol., 6 févr. 1908, in : *Presse méd.*, n° 12, 8 févr. 1908.)

LÉARD. — Tic douloureux de la face. Syphilis vraisemblablement congénitale. Guérison par le benzoate de mercure. (*Ann. d. mal. vén.*, n° 6, juin 1907.)

LEVADITI, RAVAUT et YAMANOUCHI. — Localisations nerveuses de la syphilis et propriétés du liquide céphalo-rachidien. (Soc. de Biol., 16 mai 1908 in : *Presse méd.*, n° 41, 20 mai 1908.)

LŒPER. — Lésion spécifique de l'encéphale. (*Journ. de Médecine de Paris*, p. 349, 1906.)

Chancre syphilitique

ABRAHAMS. — Chancre of the tonsil .(Manhat. derm. Soc., June 1, 1906 ; in : *Journ. of cut. dis.*, Febr. 1907.)

BAYON. — On extragenital syphilitic infection. (*Brit. med. Journ.*, March 21, 1908.)

BLANC. — Chancre de la cloison des fosses nasales. (*Rev.heb. d. lar., ot., et rhin.*, n° 46, 16 nov. 1907.)

BOGROW. — Ein Fall von ungewöhnlicher Lokalisation des syphilitischen Primäraffektes. (*Monatsh. f. pr. D.*, B. 44, n° 4 , 15 Febr. 1907.)

BRINDEL. — Du diagnostic du chancre de l'amygdale à propos d'un cas observé. (*Rev. de Lar., ot. et rhin.*, n° 19, 9 mai 1908.)

COLCOTT FOX. — Typical syphilitic initial lesion on the side of the right nipple. (D. Soc. of London, Dec., ; in : *Brit. J. of D.*, .Jan. 1907.)

A. GAMBON. — Chancres bi-polaires, scrotal et gingival .(Soc. des Sc. méd. Lyon, 11 déc. 1907 ; in : *Lyon méd.*, n° 3, 19 janv. 1908.)

Gaucher et Nathan. — Chancre de l'amygdale. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 1, janv. 1908.)

Gaucher et Louste. — Chancre syphilitique du capuchon chez une enfant de huit ans : contagion familiale. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 4, avr 1908.)

Hartzell. — A case of chancre of the tongue. (Phil. derm. Soc., March. 19, 1907 ; in : *Journ. of cut. dis.*, May 1907.)

Horand. — Chancre syphilitique des lèvres transformé in situ en un syphilome diffus tertiaire ; destruction ulcéreuse d'une partie des lèvres ; sclérose labiale consécutive ; sténose cicatricielle progressive .(*Lyon méd.*, n° 20, 17 mai 1908.)

A. Jambon et Nicolas. — Chancres bipolaires, scrotal et gingival. (*Soc. des Sc. méd.* Lyon, 11 déc. 1907 : in : *Lyon méd.*, p. 136, 1908.)

J. Kingsbury. — Chancre of the cheek following a bite. (*Journ. of cut. dis.*, Aug. 1907.)

Knowles, van Harlingen. — Extragenital chancre, in a girl of two years. (Philadelphia derm. Soc., Oct. 15, 1907 ; in : *Journ. of cut. dis.*, Déc. 1907.)

L. Legrand et Bertin. — Chancre du nez. (Soc. méd. Nord, 13 déc. 1907 ; in : *Echo méd. du Nord.*, 12 janv. 1908.)

R. Lenoble. — Du chancre syphilitique du nez et spécialement du chancre de la pituitaire. (*Thèse*, Paris, 1908.)

Mewborn. — Chancre of the gums. (N. Y. derm. Soc., Jan. 22, 1907 ; in : *Journ. of cut. dis.*, April 1907.)

Oltramare. — Des chancres syphilitiques non suivis d'accidents secondaires. (*Ann. de. D. et S.*, T. VIII, n° 4, Avr. 1907.)

Ormsby. — Serpiginous chancroid. (Chic. derm. Soc. ; in : *J. of. cut. dis.*, June 1908.)

Post. — The length of the primary incubation stage of syphilis. (*J. of cut. dis.*, Aug. 1906.)

Post.— Chancre of the tongue. (Boston derm. soc. ; in : *J. of cut. dis.*, Oct. 1906.)

Post. — Primary lesion of the lip. (Boston derm. Soc., March 1907 ; in : *Journ. of cut. dis.*, nov. 1907.)

Rolleston. — A case of intra-nasal chancre simulating nasal diphteria. (*Lancet*, June 16, 1906.)

Schamberg.— A case of chancre of the upper lip. (Philad. derm. Soc., Nov. 20, 1906 ; in : *Journ. of cut. dis.*, March 1907.)

Schamberg.— Extragenital chancre. (Philad. derm. soc., Oct. 15, 1907 ; in : *Journ. of cut. dis.*, déc. 1907.)

L. E. Schmidt. — Case of syphilitic initial lesion, followed by epithelioma. (Chicago derm. Soc., Jan. 31, 1907 ; in : *Journ. of cut. dis.*, June 1907.)

Stelwagon. — A case of chancre occuring on parts other than the genitals (Philad. derm. Soc., nov. 20, 1906 ; in : *Journ. of cut. dis.*, March 1907.)

Stout. — Chancre of the lip. (Phil. derm. Soc. ; in : *J. of cut. dis.*, May 1908.).

R. W. Taylor. — The development of multiple and successive initial syphilitic lesions and the pathology syphilis. (*J. of cut. dis.*, Sept. 1906.)

H. P. Towle.— Primary lesion of the chin. (Boston derm. Soc., Jan. 1907 : in : *Journ. of cut. dis.*, July 1907.)

Trimble. — Chancre of lip. (N. Y. soc. of derm. ; in : *J. of cut. dis.*, Oct. 1906.)

F. H. Washburn. — Extragenital primary syphilis : a report of six cases occurring in country practice. (*Journ. of cut. dis.*, July 1907.)

Tertiarisme

Buschke u. W. Fischer. — Zur Infektiosität der malignen und tertiären Syphilis. (*Med. Klin.*, Sept. 1906.)

L. M. Bonnet.— Lésions tertiaires survenues 54 ans après le chancre. (Soc. nat. de Méd. Lyon., 22 juil. 1907 ; in : *Lyon méd.*, 3 nov. 1907.)

Bord. — Gommes syphilitiques multiples, prises pour des lésions tuberculeuses ; syphilis des fosses nasales; destruction exclusive et totale de la cloison cartilagineuse. (*Ann. de D. y S.*, T. VIII, n° 1, jan. 1907.)

Cipolla.— Un grave caso di osteoperiostite gommosa della regione nasale con vasta distruzione consecutiva, provocato da lesione traumatica. (*Rif. med.*, Ann. XXVI, n° 1, 1908.)

Dawson. — Tertiary syphilis. (D. Soc. of Gr. Br. a. Ir., Apr. ; in : *Brit. J. of D.*, June 1906.)

Gaucher et Abrami. — Hérédo-syphilis tertiaire suppurée. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 5, mai 1908.)

Gaucher et Abrami. — Ulcère gommeux chez une variqueuse. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n °6, juin 1908.)

Gaucher et Bory. — Gomme suppurée du bord palpébral inférieur gauche six mois après le chancre. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 2, févr. 1908.)

Gaucher et Nathan. — Manifestations tertiaires chez une hérédo-syphilitique. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 1, janv. 1908.)

Goldzieher. — Ueber Gummata des Gehirns. Ein Beitrag zu der Plasmazellenfrage. (*Arch. f. D. u. S.*, LXXX B., 3 H., Juli 1906.)

Gottheil. — Tertiary syphilis ; Gumma of Leg-Spinal syphilis. (Manh. derm. Soc ; in : *J. of cut. dis.*, Oct. 1906.)

Gottheil. — Syphilis maligna praecox : multiple subcutaneous gummata with general pustulo-rupial exanthem two months after infection. (Manh. derm. Soc. ; in : *J. of cut. dis.*, June 1908.)

Jobson Horne. — Un cas d'infiltration gommeuse diffuse de la moitié gauche du nez. (Soc. r. de méd., 1er nov. 1907 ; in : *Rev de Lar., ot. et rhin.* n° 18, 2 mai 1908.)

Mibelli. — Sul cosi detto periodo terziario della sifilide. (*Giorn. ital. d. mal. ven.*, fasc. IV, 1907.)

Milian. — Diagnostic clinique des gommes (sporotrichose, syphilis, tuberculose). (*Progrès méd.*, n° 20, 16 mai 1908.)

Morestin. — Chéiloplastie par destruction de la lèvre supérieure par syphilis tertiaire. Greffe d'une moustache. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 10, Nov. 1907.)

Rolleston. — Tertiary syphilitic fever. (*Lancet.* March 30, 1907.)

ROLLET et MOREAU.— Syphilides gommeuses suivies d'ectropion cicatriciel (*Lyon. méd.*, p. 962, 1908.)

RUPRECHT. — Contribution aux accidents tertiaires de la syphilis du palais. (*Monats. f. Ohrenheilk.*, 1907, n° 11 et *Rev. de Lar., ot. et rhin.*, n° 13, 28 mars 1908.)

C. M. SMITH. — Gumma of the lymphatic glands. (Boston derm. Soc., jan. 1907 ; in : *Journ. of cut. dis.*, July 1907.

STOUT. — Tertiary syphilis. (Phil. derm. Soc ; in : *J. of cut. dis.*, déc. 1906.)

Syphilis cutanée

ABRAHAMS. — Case for diagnosis. Lupus vulgaris or syphilis ? (Manh. derm. Soc. ; in : *J. of cut. dis.*, Aug. 1906.)

ABRAHAMS. — Lichen syphiliticus. (Manh. derm. Soc. ; in : *J. of cut. dis.* oct. 1906.)

BALZER et POISOT.— Syphilides corymbiformes avec érythème péripapuleux. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 8, nov. 1906.)

BALZER et GALUP. — Syphilides tuberculeuses zoniformes avec cicatrices atrophiques. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 9, juil. 1907.)

BOVERO. — Forme fruste di sifilide. (*Giorn. ital. d. mal. ven. e d. pelle*, 1908 fasc. I.)

BULKLEY. — Early tubercular syphilide in a man. (N. Y. derm. Soc. ; in : *J. of cut. dis.*, nov. 1906.)

BALZER et GALUP. — Adénopathie double préauriculaire et syphilo-strumeuse au début de la période secondaire de la syphilis. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 4, Avr. 1908.)

BALZER et GALUP. — Syphilides tuberculeuses en nappes avec cicatrices atrophiques et atrophies diffuses. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 11, déc. 1907.)

BURNS.— Syphilide of the face. (Boston derm. Soc ; in : *J. of cut. dis.*, Oct. 1906.)

BURNS. — Fine papular syphilide with pronounced follicular hyperkeratosis. (Boston. derm. Soc. ; in : *J. of. cut. dis.*, oct. 1906.)

DANLOS et BLANC. — Un cas de mycosis simulant par places la syphilis. Résorption rapide d'une grosse tumeur après une séance de radiothérapie. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 11, déc. 1907.)

DAVIS. — Squamous syphilid. (Phil. derm. soc ; in : *J. of cut. dis.*, sept. 1906.)

C. N. DAVIS. — A case of tubercular syphilide. (Philad. derm. Soc., March 19, 1907 ; in : *Journ. of cut. dis.*, May 1907.)

EMERY. — Les pigmentations du cou dans la syphilis. (*Clin.*, n° 47, 22 nov. 1907.)

FORDYCE. — Circinate syphilide of the face. (N. Y. derm. Soc., May 28, 1907 ; in : *Journ. of cut. dis.*, Aug. 1907.)

FOX. — Palmar syphilide. (N. Y. derm. Soc. ; in : *J. of cut. dis.*, oct. 1906.)

FOX. — Syphiloderm on the lower right corner of the mouth. (N. Y. derm. Soc., oct. 22, 1907 ; in : *Journ. of cut. dis.*, déc. 1907.)

FINCK. — Papulo tubercular syphilis. (Phil. derm. Soc. ; in : *J. of cut. dis.*, June 1908.)

FRANCESCHINI (Giovanni). — Un caso di ulceri pseudo-varicose di origine sifilitica. (*G. ital. d. mal. ven. e d. pelle*, 1907, fasc. VI.)

GASTOU et L. LEGENDRE. — Syphilome en cuirasse datant de 19 ans, développé sur un eczéma séborrhéique présternal. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 9, juil. 1907.)

GAUCHER, LOUSTE et BORY. — Syphilide ulcéreuse maligne.(*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 11, déc. 1907.)

GAUCHER, LOUSTE et BORY. — Mycosis, syphilis ou pemphigus. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 11, déc. 1907.)

GAUCHER et BORY. — Plaques muqueuses végétantes de l'aisselle. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 2, févr. 1908.)

GOTTHEIL. — Palmar syphilide. (Manh. derm. Soc. ; in : *J. of. cut. dis.* oct. 1906.)

GRAHAM LITTLE.— Mixed pustular and papulo-squamous syphilide. (D. Soc. of Gr. Br. a. Ir., nov ; in : *Brit. J. of D.*, Jan. 1907.)

GRAHAM LITTLE. — Gyrate syphilide. (D. Soc. of London, July ; in : *Brit. J. of. D.*, Aug. 1906.)

GOTTHEIL. — Syphiloderma frambœsioides ; two cases. (*Manhat. derm. Soc.*, nov. 2, 1906 ; in : *Journ. of cut. dis.*, April 1907.)

HARTZELL. — Annular syphilis. (Phil. derm. Soc., in : *Journ. of cut. dis.*, May 1908.)

HALLOPEAU. — Sur un cas de syphilides plantaires unilatérales et les enseignements qui en découlent. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 6, juin 1908.)

HORAND. — La compression veineuse comme moyen diagnostique d'une roséole latente. (Soc. nat. de méd. Lyon, 21 mai 1906 ; in : *Lyon méd.*, n° 25, 24 juin 1906.)

HYDE.— Case of syphilitic sclerosis of the nipple. (Chicago derm. Soc., jan. 31, 1907 ; in : *Journ. of cut. dis.*, June 1907.)

JACKSON.— Prigmented syphilide. (N. Y. derm. Soc., March 26, 1907 ; in : *Journ. of cut. dis.*, June 1907.)

JESIONEK. — Ueber Leukoderma bei Lues, bei Psoriasis und bei Ekzema-seborrhoicum. (*Munch. med. Wochenschr.*, 12 juin 1906.)

KINGSBURY. — Clinical notes on syphilis — cases syphiloderma co-existing with other cutaneous affections. (*Amer. Journ. of Derm.*, Aug. 1907.)

KINGSBURY. — Pigmentary syphilide. (N. Y. Soc. of derm. ; in : *J. of cut. dis.*, oct. 1906.)

KLINGMÜLLER. — Lues verrucosa et Jododerma. (*Ikonog. derm.*, fasc. II, 1907.)

LUSTGARTEN. — Syphilitic affection of the upper lip. (N. Y. derm. Soc. April 23, 1907 ; in : *Journ. of cut. dis.*, July 1907.)

G. M. MACKEE. — A report of four luetic cases unassociated with observable secondary manifestations. (*Med. Rec.*, April 6, 1907.)

MENDES DA COSTA. — Enkele Gevallen van herpetiforme syphiliden (*Med. weekbl.*, n° 41, 11 jan. 1908.)

MEWBORN. — A case of diffuse miliary papular syphilide with tumors in

Lumbar and mammary region (gummata ?) (N. Y. derm. Soc., jan. 22, 1907 ; in : *Journ. of cut. dis.*, April 1907.)

OCHS. — Secondary rupial syphiloderm. (Manh. derm. Soc. ; in : *J. of cut. dis.*, Aug. 1906.)

D. ORLEMAN-ROBINSON. — A case of syphilis of the tubercular form limited to region of the ear. (N. Y. Acad. Med., May 7, 1907 ; in : *Journ. of cut dis.*, Aug. 1907.)

L. NIELSÉN. — Annulates Syphilid im Rande der Narbe nach der Induration. (*Mon. f. pr. D.*, B. 46, n° 5, 1er März 1908.)

PISKO. — Lichen syphiliticus. (Manh. derm. Soc. ; in : *J. of cut. dis.*, oct. 1906.)

PISKO A. LUSK. — Syphilis and psoriasis. (Manh. derm. Soc. ; in : *J. of cut. dis.*, June 1908.)

POIRIER. — Un cas de syphilide pigmentaire du visage. (*Bul. Soc. belge D. et S.*, n° 1, 1906, 1907.)

A. POST. — Late syphilide. (Boston derm. Soc., jan. 1907 ; in : *Journ. of cut. dis.*, July 1907.)

A. POST. — Syphilide. (Boston derm. Soc., febr. 1907 ; in : *Journ. of cut. dis*. sept. 1907.)

A. POST. — A case of papular syphilide. (Boston derm. Soc., nov. 1906 ; in . *Journ. of cut. dis.*, May 1907.)

POST. — A case of papulo-pustular syphilide of varioliform character. (Boston derm. Soc., April 1906 ; in : *Journ. of cut. dis.*, Jan. 1907.)

POST. — Tubercular syphilide. (Boston derm. Soc . ; in : *J. of cut. dis.*, oct. 1906.)

RENAULT (Alex). — Syphilide pigmentaire du cou, étendue à toute la partie antérieure de la poitrine. Vitiligo concomitant. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 98. Juli 1907.)

A. RENAULT. — Malade atteint simultanément d'une éruption spécifique et d'un lichen scrofulosorum. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 3, mars 1907.)

A. RENAULT. — Lupus érythémateux ou syphilis lupoïde. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 6, juin 1908.)

F. ROYER. — Dermatitis herpetiformis or vesicular syphilis, which ? (*Am. Journ. of Derm.*, n° 5, May 1908.)

ROBBINS. — The variola-form syphiloderm. (*Amer. Journ. of Derm.*, July 1907.)

ROBLIN. — Pigmentations du cou dans la syphilis. (*Bul. d. l. Soc. méd. de l'Elysée*, n° 5, 4 mai 1908.)

SCHAMBERG. — Varioliform syphilide. (Phil. derm. Soc., in ; *J. of cut. dis.*, sept. 1906.)

SCHAMBERG. — Papular syphilis. (Phil. derm. Soc., in : *J. of cut. dis.*, March 1907.)

SCHAMBERG. — Recurrent annular syphilis. (Philad. derm. Soc., oct. 15, 1907 ; in : *Journ. of cut. dis.*, déc. 1907.)

SCHAMBERG. — Lenticular syphilis. (Philad. derm. Soc., oct. 15, 1907, in : *Journ. of cut. dis.*, déc. 1907.)

Schamberg. — A case of papulo-pustular syphilide. (Philad. derm. Soc. nov. 20, 1906 ; in : *Journ. of cut. dis.*, March 1907.)

Schamberg. — A case of papulo-pustular syphilis in a male negro. 1[?] years old. (Philad. derm. Soc., déc. 18, 1906 ; in : *J.. of cut. dis.*, March 1907.

Em. Sergent. — Formes scrofuloïdes de la syphilis. (*Bul. Soc. méd. H*[?] n° 9, 12 mars 1908.)

Stoiner. — Syphilide. (Derm. Soc. of Gr. Br. a. Ir., febr. ; in : *Brit. J. of D*. Apr. 1906.)

Stelwagon. — Extensive syphiloderm. (Philad. derm. Soc ; in : *J. of cut. dis.*, Aug. 1906.)

Stelwagon. — A case of papulo-tubercular syphilide. (Philad. derm. Soc Nov. 20, 1906 ; in : *Journ. of cut. dis.*, March 1907.)

Stelwagon. — Papulo-tubercular syphilis. (Phil. derm. Soc. ; in : *J. of cut. dis.*, June 1908.)

Stout. — Syphilis resembling dermatitis herpetiformis. (Phil. derm. Soc. ; in ; *J. of cut. dis.*, June 1908.)

Verrotti. — Di un caso di sifiloderma papulo-squamoso miliare, simulante la pitiriasis rubra pilaris. (*Giorn. ital. d. mal. ven.*, fasc. 1, 1907.)

Verrotti. — Sur un cas singulier de dermatite érythémato-noueuse due à une syphilis ignorée. (*Ann. d. mal. vén.*, n° 5, mai 1907.)

Whitehouse.— Circinate papular syphilide. (N. Y. derm. Soc., Nov. 27. 1906 ; in : *Journ. of cut. dis.*, Febr. 1907.)

White. — A late cutaneous syphilide. (Boston derm. Soc. ; in : *J. of cut. dis.*, June 1908.)

Whitfield.— Syphilide. (Derm. Soc. of London, Febr. ; in : *Brit. j. of D.* March 1906.)

Syphilis du nez et de l'oreille

Abrahams.— Syphilitic caries of the nasal bones ; recovery after removal without deformity (Manhat. derm. Soc., May 4, 1906 ; in *Journ. of cut. dis.* Febr., 1907.)

A. Bardes.— Syphilis of the nasal fossæ. (*Med. rec.*, Nov. 10, 1906.)

A. Castex.— La syphilis de l'oreille. (*J. des Prat.*, n° 3, 18 janv. 1908.)

W. A. Dayton. — The aural and nasal history of some syphilitic children. (*Amer. Journ. of Derm.*, April 1906.)

Fordyce.— Syphilide of the nose. (N. Y. derm. Soc. ; in : *J. of cut. dis.*, June 1908.)

Kirkpatrick. — Syphilitic complications of the nose and throat. (*Amer. Journ. of Derm.*, May 1906.)

Ramognini. — Contributo allo studio dei sifilomi iniziali della pituitaria (*Giorn. ital. d. mal. ven.*, fasc. III, 1907.)

Robertson. — Syphilis of the nose. (*Amer. Journ. of Derm.*, sept. 1906.)

Scheppegrell.— Syphilis of the nose and accessory sinuses. (*Amer. Journ. of Derm.*, May 1906.)

Sohier Bryant. — Labyrinthine syphilis. (*Am. J. of Derm.*, May, 1906.)

TRAVAUX ORIGINAUX

—

NOTES DE PATHOLOGIE EXOTIQUE
L'ULCÈRE PHAGÉDÉNIQUE DES PAYS CHAUDS

Par le Dr Catois

Docteur ès-sciences,
Professeur à l'Ecole de Médecine de Caen.

Ayant eu l'occasion d'observer quelques cas d'*ulcères phagédéniques* sur des sujets annamites ou cambodgiens, il m'a paru intéressant de présenter à la Société de Médecine de Caen quelques photographies de ces lésions et quelques notes sur une affection fréquente dans les pays chauds, mais qu'il est difficile d'étudier dans nos régions tempérées.

La complication de certaines plaies, désignée sous le nom de « *phagédénisme* » n'offre rien de spécial dans la zone tropicale ; actuellement d'ailleurs, et depuis la généralisation des pansements antiseptiques, cette complication se montre de plus en plus rare. Il faut distinguer ce phagédénisme de celui dont je m'occupe dans cette note et qui apparaît spontanément dans des conditions pathogéniques spéciales.

Ulcère de Mozambique (Vinson, 1857). — *Ulcère de Guyane* (Chapuis 1861). — *Plaie annamite, Plaie de l'Yémen, Ulcère de la Guadeloupe*.... sont synonymes d'*ulcère phagédénique des pays chauds* (*Le Roy de Méricourt* et *Rochard*).

Rappelons qne cette affection fit de nombreuses victimes lors de la campagne de Cochinchine (1862). En effet, sur 6.000 hommes, dans le corps expéditionnaire, il y eut 700 cas d'ulcères entraînant 100 décès et 30 amputations (Le Dantec). Depuis cette époque, l'ulcère phagédénique a été signalé dans plusieurs autres colonies : au Soudan, au Sénégal, aux Antilles, etc... Son domaine géographique s'étend donc à toute la zone intertropicale.

Deux conditions sont nécessaires pour le développement du phagédénisme : 1° existence d'une solution de continuité du tégument ; 2° souillures de cette plaie, au contact d'un sol humide.

Les excoriations des extrémités inférieures, les plaies ou piqûres des jambes par des échardes de bambou ou des feuilles acérées, servent de portes d'entrée pour le virus... ; les indigènes

marchant pieds nus sur des sentiers à peine tracés ou frayés en pleine brousse, sont, par conséquent, plus exposés aux atteintes du mal que les Européens mieux protégés par leurs chaussures et par la pratique des soins corporels hygiéniques.

Le phagédénisme spontané offre donc une prédilection marquée pour les membres inférieurs, et 95 fois sur 100, l'ulcère siège aux



pieds ou aux jambes. La face dorsale du pied, les chevilles et la face antérieure de la jambe sont les sièges les plus habituels de l'ulcère ; puis viennent la cuisse et les membres supérieurs. (Au moment du repiquage du riz, le paysan annamite ou « *Niacoué* », atteint ordinairement aux membres inférieurs, est frappé par le mal aux membres supérieurs, car les bras sont alors en contact avec la boue des rizières).

L'habitat naturel du microbe phagédénique est donc la terre humide ; de sorte que le sol présenterait trois micro-organismes dangereux pour les plaies de l'homme :

1° Le *bacille de Nicolaïer*, qui donne le tétanos ;

2° Le *vibrion septique* qui produit la septicémie gangréneuse ;

3° Le *bacille phagédénique* qui donne naissance au phagédénisme dans les pays chauds et à la « pourriture d'hôpital » dans les pays tempérés. (L'étude clinique et l'étude bactériologique confirment, en effet, l'identité du phagédénisme et de la pourriture d'hôpital (travaux de *Vincent* in *Annales de l'Institut Pasteur* ; observations de *Ricard*, de *Coyon*, de *Thorel* et de *Fontan*... citées par A. Le Dantec).

Ce bacille, découvert par *Vincent* en 1893, à Alger, peut être isolé de la façon suivante :

On fait, sur une lame de verre, un frottis de l'exsudat fétide recueilli sur la plaie ; on sèche, on fixe par la chaleur (32° à 35°) et le microbe, ne prenant pas le *Gram*, est coloré par la *thionine phéniquée*.

Il se présente alors sous forme d'un bacille mince, long de 5 à 6 m. rectiligne ou légèrement incurvé, un peu fusiforme et aminci à ses extrémités. Les bacilles, en nombre considérable, disposés en tous sens, ressemblent à des paquets d'aiguilles mélangées pêle-mêle.

Lorsqu'une plaie est envahie par le processus phagédénique, on observe certains signes particuliers : douleurs vives au niveau de cette plaie, coloration violacée des bourgeons charnus, abondance et fétidité de la suppuration ; enfin, formation à la surface de la plaie d'un *exsudat grisâtre*, pulpeux, qui s'infiltre dans les tissus et les désorganise en les sphacélant.

Les ulcères phagédéniques persistent souvent pendant plusieurs mois. Ils sont de forme circulaire, à bords saillants, durs et irréguliers. Les eschares gangréneuses peuvent envahir successivement les aponévroses, disséquer les muscles et les tendons, produire la nécrose des os et ouvrir les articulations. Dans certains cas apparaissent même des accidents graves de pyohémie ou de septicémie.

Le diagnostic différentiel devra se faire avec d'autres affections ulcéreuses que l'on observe dans les pays chauds : le *tonga* (ulcération le plus souvent tuberculeuse), le *pian* (excroissance en

forme de framboise), les ulcères syphilitiques et les ulcères atoniques vulgaires.

La contagion paraît possible, surtout par auto-inoculation, et est d'autant plus facile que le sujet est plus anémié. La cachexie soit paludéenne, soit tuberculeuse, est un bon facteur prédisposant.

Par son évolution, ses complications et son peu de tendance à la guérison spontanée, l'ulcère phagédénique demeure donc une



des affections les plus redoutables des pays chauds. La pharmacopée indigène ne dispose d'aucun agent réellement efficace pour obtenir et assurer la cure de cette lésion ; les topiques mercuriels, seuls antiseptiques autrefois connus des annamites, donnent peu de résultats. Aussi les indigènes ont-ils accueilli comme une véritable panacée un remède importé par les médecins européens : la poudre d'iodoforme (note du Dr Grall, médecin-inspecteur du Corps de santé des Colonies).

Il faut savoir cependant que si ce médicament est héroïque dans les plaies anciennes, peu anfractueuses, il ne suffit pas toujours pour enrayer l'affection à son début.

Le curettage, les applications de teinture d'iode, la cautérisation au thermo-cautère ou à l'acide phénique, représentent également des moyens d'action très efficaces.

J'ajouterai, enfin, que dans un des cas soumis à mon examen, j'ai conseillé les irrigations et les pansements à l'*eau oxygénée*, cette médication a donné d'excellents résultats.

UN CAS DE LÈPRE TUBERCULEUSE (1)

Par M. le Dr Gustave BUREAU (de Nantes).

Le malade que nous avons l'honneur de vous présenter est atteint d'une affection que l'on n'a pas bien fréquemment l'occasion d'observer dans notre région ; c'est un lépreux tout à fait typique.

Lorsque cet homme s'est présenté l'autre matin à la consultation de l'Hôtel-Dieu, venant consulter pour des douleurs dans les jambes, dès son entrée dans la salle nous avons été frappé de l'aspect si particulier de son visage et avant même de l'interroger, nous avons fait remarquer aux élèves du service ce facies si spécial, leur disant que nous pourrions bien nous trouver en présence d'un individu atteint de lèpre.

L'interrogatoire et l'examen du malade n'ont fait que confirmer ce diagnostic et vous allez pouvoir constater chez cet homme un certain nombre de lésions lépreuses fort intéressantes.

B..., Auguste, âgé de 38 ans, exerçant la profession de cuisinier, est originaire de Bordeaux. En 1901, il fit la guerre de Cuba, y resta 18 mois et reçut un coup de sabre sur la joue gauche dont on voit la cicatrice. Depuis le mois de février 1904, il résida au Mexique et principalement à Vera-Cruz. Il y a deux ans, cet individu commença à avoir des accès de fièvre violents se reproduisant très fréquemment. Vers la même époque, le malade, qui jus-

(1) Observation communiquée à la Société médico-chirurgicale des hôpitaux de Nantes, 28 juillet 1908.

que-là ne saignait jamais du nez, fut pris d'épistaxis peu abondantes mais se répétant avec une ténacité désespérante, auxquelles succédèrent, au bout d'un certain temps, un écoulement nasal avec enchifrènement. Quelques mois après, il remarqua qu'il avait sur la face antérieure de la cuisse droite, au-dessus du genou une tache, de la dimension environ de la paume de la main, de couleur rouge violet, au niveau de laquelle toute sensibilité avait



disparu ; il pouvait se piquer, se frapper sur ce point sans ressentir aucune douleur. Six mois après, survint une éruption sur tout le corps, éruption que l'on déclara de nature syphilitique et pour laquelle on le mit à l'iodure de potassium et aux piqûres de mercure. A la suite de ce traitement, il eut une stomatite mercurielle avec déchaussement et chute des dents ; puis il présenta un peu partout de petits abcès dont on voit les cicatrices. Le traitement

spécifique fut abandonné et remplacé par du soufre et de l'arsenic.

En mai 1908, un médecin français conseilla au malade de revenir en France.

Etat actuel. — En examinant ce malade, on est frappé immédiatement par l'aspect étrange de son visage, la couleur toute particulière de sa peau et l'éruption qu'il présente.

Le visage de cet homme, comme on peut très bien s'en rendre compte sur les photographies ci-jointes, faites par M. Riberau, offre absolument l'aspect que l'on décrit sous le nom de *faciès léonin*. Sa figure est comme bouffie, la peau extrêmement épaissie, indurée, bosselée, avec, çà et là, des indurations, de véritables tubercules.Les plis cutanés sont beaucoup plus accusés, surtout dans la région intersourcillière, où se voient des rides profondes dirigées obliquement par rapport à celles du front. Les sourcils, très rares dans leur partie externe, sont complètement tombés dans leur moitié interne ; les cils n'existent pour ainsi dire plus, le regard est sans expression, comme étonné, hagard. Par contre, la chevelure est abondante, luxuriante, contrastant singulièrement avec cette rareté des cils et des sourcils. Le nez, effondré à sa base, est hypertrophié au niveau de son lobule et de ses ailes ; les lèvres sont épaissies, tuméfiées, légèrement renversées en dehors.

Les altérations des oreilles sont surtout intéressantes ; la gauche est considérablement augmentée de volume dans son ensemble ; elle mesure 14 centimètres de hauteur sur 7 centimètres de largeur ; elle est également notablement épaissie, très indurée et à la palpation on sent de nombreux petits tubercules. La droite, beaucoup moins atteinte, présente seulement de l'hypertrophie du lobule. Ces déformations des oreilles se voient très nettement sur les photographies.

La peau du visage offre une teinte foncée, brunâtre, mais c'est principalement sur le tronc et les membres que se remarque cette pigmentation. Elle est à peu près généralisée, respectant seulement les plis : (plis inguinaux, plis du coude, creux axillaires et poplités). La peau du malade est de couleur brun sale, rouge cuivré, avec reflet luisant lui donnant un peu l'aspect du bronze. Sur ce fond bronzé de la peau se détache une éruption formée de



taches, de macules, variables comme dimensions, en moyenne de celle d'une pièce de 50 centimes à 1 franc ; macules de couleur rouge plus foncée, presque violette, au niveau desquelles l'épiderme est ridé et plissé. La plupart de ces éléments sont de simples taches sans aucune infiltration ; un certain nombre cependant sont indurés et représentent de véritables petits tubercules.

Cette éruption est surtout abondante sur le tronc et sur la face externe des membres. Sur ces derniers, et principalement sur la cuisse droite et l'avant-bras gauche on remarque une quantité de petits nodules dermiques, de tubercules de couleur rouge plus vif, faisant une petite saillie acuminée. Sur la face antérieure de la cuisse droite, au-dessus du genou, se trouve la grande plaque violacée par laquelle aurait débuté l'affection. Outre cette éruption, il existe, aussi bien sur le tronc que sur les membres, une grande quantité de cicatrices dépri-



mées, blanches, ressemblant à des cicatrices de furoncles ou de gros éléments d'acné. Au niveau de ces cicatrices se sont développées une quantité de comédons.

Dans les aines et les creux axillaires on sent de nombreux et volumineux ganglions.

Certains troncs nerveux sont hypertrophiés ; en palpant la face interne du bras, on sent nettement les cordons nerveux augmentés de volume ; de même dans la gouttière olécranienne, principalement du côté droit, le nerf cubital facilement sensible est également augmenté de volume ; mais il s'agit d'une hypertrophie uniforme, sans nodosités.

En dehors des lésions cutanées, il existe du côté des muqueuses nasales, pharyngées et laryngées, des lésions fort intéressantes. M. Levesque, qui a bien voulu examiner le malade à ce point de vue, nous a remis la note suivante :

Le malade raconte qu'il y a environ deux ans, il présenta de l'enchifrènement, de l'obstruction nasale, des épistaxis fréquentes et abondantes ; puis dans les mois qui suivirent, il moucha des croûtes abondantes et fétides, mais il n'expulsa jamais de séquestre. Les troubles furent accompagnés d'une déformation du nez.

A l'examen, voici ce que nous avons constaté du côté des fosses nasales : le dos du nez est épaissi et affaissé au niveau de sa racine, mais l'effondrement n'est pas aussi accentué que dans les accidents syphilitiques d'intensité moyenne.

A la rhinoscopie antérieure, l'on constate des croûtes abondantes et dont la fétidité rappelle l'ozène.

Après nettoyage des fosses nasales, l'on peut voir que les lésions sont cicatrisées et au stylet l'on ne trouve aucun point osseux dénudé. Une ulcération, plus grande qu'une pièce de cinquante centimes, a détruit le segment inférieur du cartilage de la cloison et empiète un peu sur la cloison osseuse.

Toute la muqueuse des fosses nasales et en particulier celle de la cloison, est épaissie et a l'aspect mamelonné ; au stylet, cette muqueuse est résistante.

L'olfaction et la sensibilité ne sont pas altérées.

A la rhinoscopie postérieure l'on peut noter que les lésions n'ont pas atteint la partie postérieure des fosses nasales.

En somme, l'aspect des fosses nasales du malade rappelle beau-

coup le nez d'un syphilitique ayant présenté un accident tertiaire de gravité moyenne.

Au niveau du voile du palais, le malade présente des lésions qui rappellent beaucoup une lésion lupique en voie de cicatrisation ; sur la ligne médiane de la voûte palatine, sur la luette et surtout à la base de la luette, empiétant sur les piliers gauches, on trouve une infiltration très nette, rigide et dure, présentant des petits tubercules, véritables nodosités dont quelques-unes, isolées, atteignent le volume d'une petite lentille ; la plupart sont réunies entre elles par des tissus infiltrés. Ce qui frappe surtout, c'est la teinte blanchâtre de cette infiltration, répondant bien à la *muqueuse infiltrée de suif* décrite par Lennox Browne.

Pas de troubles de la sensibilité ni de troubles de la déglutition.

L'on ne trouve pas de lésions au niveau du cavum et du pharynx.

Au larynx, l'épiglotte est infiltrée, épaissie, peu rouge ; au niveau de la partie droite de son bord, l'on aperçoit très nettement deux petites nodosités blanchâtres. On note la même infiltration au niveau de la région interarythénoïdienne, surtout à gauche, où il est facile de voir, comme sur l'épiglotte, plusieurs petits mamelons blanchâtres. L'infiltration a gagné aussi la région ventriculaire, mais surtout à gauche ; les cordes vocales sont légèrement rouges. Ce n'est pas une infiltration lisse et unie, car au laryngoscope la muqueuse paraît épaissie et mamelonnée. La sensibilité du larynx n'est pas altérée.

La voix est rauque, peu voilée, et il n'y a pas de troubles de la respiration ni de la déglutition.

Du côté de l'appareil génital, on trouve, au niveau de la queue de l'épididyme droit, un nodule de la grosseur d'une petite noisette, très dur, uniforme, sans bosselures.

Les troubles sensitifs sont assez localisés chez ce malade. La sensibilité est complètement abolie sur la face antérieure de la cuisse droite, au-dessus du genou, sur une surface de forme irrégulièrement ovalaire, mesurant 12 centimètres de hauteur sur 13 centimètres de largeur, et au niveau de l'oreille gauche. En dehors de ces deux régions, on ne trouve aucune autre plaque d'anesthésie. En ces deux points, l'anesthésie est totale, complète et sous tous ses modes. Dans d'autres endroits, il semble y avoir, au contraire, de l'hyperesthésie, notamment au niveau de l'érup-

tion maculeuse du tronc et des membres ; le moindre contact, la plus légère piqûre sur ces taches est ressentie très douloureusement par le malade.

Les troubles sécrétoires sont importants. L'aspect luisant, comme huileux, de toute la surface cutanée, dénote une hypersécrétion des glandes sébacées. Par contre, la sécrétion sudorale a complètement disparu, cet homme dit ne plus transpirer jamais, alors qu'auparavant il avait une transpiration abondante et facile, surtout au niveau des pieds et des mains.

L'état général ne semble pas trop mauvais. Cet homme se plaint cependant de fatigue, de lassitude ; il accuse également quelques troubles digestifs : perte de l'appétit, dégoût pour la viande, douleurs stomacales après les repas et même quelques vomissements. Il se plaint également de douleurs dans les jambes au niveau desquelles surviendrait de l'œdème, le soir, après la marche.

Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

Examen histologique. — Une biopsie faite au niveau de la tache anesthésique de la cuisse droite a montré la structure typique des lésions lépreuses : manchons périvasculaires au niveau des vaisseaux sous-papillaires, formés de cellules conjonctives volumineuses, d'aspect épithéloïde, de véritables cellules géantes, de plasmazellen et de matzellen. Dans ces manchons périvasculaires se trouve en grande abondance le bacille de Hansen.

Sans insister d'une façon plus spéciale sur ce malade qui n'est, en somme, qu'un exemple tout à fait classique de lèpre tuberculeuse, nous ferons cependant remarquer que l'on rencontre groupées chez lui un grand nombre de lésions lépreuses fort curieuses comme celles de la muqueuse nasale et pharyngée. Nous désirons aussi appeler l'attention sur le mode de début de l'affection par des épistaxis. C'est là un fait tout à fait évident chez notre malade. L'épistaxis serait, en effet, un signe révélateur d'une importance primordiale pour le diagnostic de la lèpre ; certains auteurs ont été jusqu'à attribuer à ces épistaxis à répétition une valeur séméiologique presque aussi importante qu'à celle des hémoptysies du début de la tuberculose.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE D'ODESSA.

VI année, 1908. — *Séance du* 23 *janvier* 1908.

1° E. S. LULKIMACHER relate trois cas de *trichophytie du cuir chevelu* guéris par les rayons X après une seule et complète chute des cheveux.

J. Bernstein. — La röntgenographie est une vraie panacée pour les trichophyties et un remède très efficace pour le favus. Une seule fois il a observé une rechute 9 mois après la guérison d'une trichophytie.

B. Spiro n'est pas partisan du traitement des teignes par les rayons X. On n'obtient de guérison qu'après deux ans de cette cure.

G. Glavtché attire l'attention sur ce que le contrôle microscopique des cheveux doit être fait sur des têtes laissées au préalable au moins dix jours sans aucun traitement et sans aucun savonnage. Les rayons X, à ce qu'il paraît, ont quelquefois la faculté d'évoquer un léger pityriasis du cuir chevelu, mais les pellicules ne contiennent pas de teignes.

Séance du 6 *février* 1908.

2° A. GRUNFELD présente un cas de *favus de l'ongle et de l'aisselle* chez une enfant de 4 ans, ayant la chevelure saine. Vérification microscopique de la diagnose et démonstration du malade.

G. Glavtché. — Les cheveux de l'enfant sont longs. Ne pourrait-on envisager cette circonstance comme cause plausible de la sauvegarde du cuir chevelu, qui a échappé à l'invasion des teignes ? *Sabouraud* a attiré déjà là-dessus l'attention.

A. GRUNFELD présente un cas de syphilis acquise chez un enfant de 13 mois.

G. Glavtché.— A juger d'après la pléiade ganglionnaire submaxillaire, on dirait que la porte d'entrée du virus a été la bouche. Il est toujours intéressant, mais souvent difficile, de répondre à la question, si c'est à une syphilis congénitale ou acquise que nous avons affaire chez les nourrissons, qui se présentent à notre examen. On a pensé qu'il n'y a pas d'engorgement ganglionnaire superficiel dans la syphilis héréditaire. Mais c'est une erreur : les

dernières publications et l'expérience personnelle (à l'Asile municipal des enfants trouvés à Odessa) démontrent la présence constante d'une micro-poly-adénite surtout inguinale.

3° A. GRUNFELD. — Démonstration d'un cas typique de *Dermatitis papillaris* (*Kaposi*), *Aknekeloid* (*Bazin*), durée de 5 ans chez un homme de 42 ans. Intention de traiter la dermatose par les rayons X.

G. Glavtché. — Tout ce qui est irritation peut aggraver une kéloïde, et les rayons X agissent par irritation. C'est pourquoi je commencerais mieux par la thiosinamine ou la fibrolysine.

4° J. BERNSTEIN. — Démonstration d'un *syphilitique à symptômes secondaires divers*, y compris des plaques muqueuses du bord conjonctival des palpèbres. M. Bernstein a observé une localisation identique sur un malade à Vienne au cours du prof. *Fuchs*.

V. Baranof a eu l'occasion d'observer les plaques muqueuses de la palpèbre chez un malade à l'Hôpital municipal d'Odessa.

G. Glavtché cite la bibliographie de la question d'après *J. Neumann* et *Terrien*.

5° *G. Glavtché* présente un malade atteint d'un *ulcère syphilitique gommeux de la langue*. Mutilation de toute la partie antérieure de cet organe. Le malade n'a que 23 ans ; l'âge de la vérole trois ans. Dès la période secondaire — ecthymas de la peau. En 1906, infiltration gommeuse du nez. Pour le moment, il y a encore un ulcère de l'oreille avec adhérence cicatricielle de son lobe à la joue, rétrécissements des méats externes des narines, cicatrisation de ses ailes et perforation de la cloison. Les déformations de l'oreille et du nez ressemblent en certaine mesure à une tuberculose. Absence presque complète du traitement.

6° *H. Reiser* présente un jeune homme atteint d'un *mélanosarcome de la joue*, développé sur des cicatrices d'un *lupus vulgaire*, non encore éteint. L'âge du lupus — 18 ans ; le néoplasme (de forme ronde, 2 ctim. de diamètre, fongueux, mol, succulent, suintant à la surface, de couleur noir foncé) existerait — d'après les dires du malade — depuis près de deux ans. Engorgement ganglionnaire submaxillaire.

V. Baranof envisage le cas présenté comme tout à fait exceptionnel.

G. Glavtché émet des doutes sur la possibilité d'une intervention chirurgicale et conseille d'essayer le radium.

7° G. GLAVTCHÉ présente un *lépreux à forme tubéreuse* et attire l'attention : 1° sur les oscillations considérables de la marche de la maladie, qui se font voir au cours des dernières 5e et 6e années; les périodes d'améliorations alternent avec des phases de recru-

descence ; 2° il paraît que ces variations se produisent sous l'influence du traitement par l'huile de Chaulmoagra ou par son absence. Le dernier temps, le malade l'absorbe par la bouche à la dose journalière de 300 gouttes (10,0) ; la médecine est très bien tolérée : aucune indigestion ; les phénomènes cutanés et l'état général sont en voie d'amélioration.

8° G. GLAVTCHÉ présente un malade atteint de *lichen chronique de Vidal* et *de végétations secondaires de nature probablement fibromateuse.* L'aspect des tumeurs : hémisphériques, lobulées, à surface lisse, de consistance dure, de couleur rouge-jaunâtre.

Tout est large comme la paume de la main, assis à cheval sur la partie intérieure de la cuisse et entouré de placards de peau lichénifiée. Sous le genou, ataxie pigmentaire, atrophie cicatricielle de la peau, papules du lichen chronique. Les végétations existeraient déjà depuis onze ans et le lichen les devancerait d'une année. Le malade est âgé de 59 ans, c'est un israélite très brun.

Des cas identiques ont été décrits par *Blaschko.*

Pour M. *Bernstein* c'est un *lichen plan verruqueux* ; la dermatose du creux poplité n'est qu'une variété atrophique de la dermatose de Wilson.

Séance du 20 *février* 1908.

1° N. MANGOUBY présente une femme, employée dans le service de cuisine d'un cercle de la ville, qui est affectée *d'un chancre induré de l'amygdale.* Le mode de contagion n'est pas élucidé.

L. Letnik fut à même de discerner par deux fois une contagion extragénitale de la bouche importée par les instruments médicaux à la suite d'une exploration de la région stomacale.

Glavtché est d'avis que le mode et le mécanisme de l'infection extragénitale nous échappe, comme règle. Pour l'élucider, il faut recourir à la confrontation et à l'analyse minutieuses de tous les événements qui accompagnent et précèdent la contamination. Quant à la fréquence des infections extragénitales à Odessa, (d'après les statistiques de la consultation pour les maladies vénériennes à l'Hôpital municipal (hommes), elle ne dépasse pas 2 et 3 %. Modiques aussi sont les chiffres du tertiarisme à Odessa : 10 et 11 % d'après les données de la même consultation, perçues par M. le docteur S. J. Mamouliant.

DÉLIBÉRATION. Sur la demande de la Société de bienfaisance, pour les enfants israélites sans asile, du *meilleur mode de traitement de la teigne tondante,* qui s'est propagée sur 70 enfants à l'asile de la *Société.*

J. Rosenblat. — Un certain nombre d'enfants de l'asile s'en vont

passer la nuit dans leurs familles, dont les autres membres sont pour la plupart atteints par la teigne tondante. A l'asile ils sont ensemble avec les internes pendant toute la journée. A cause de ça il y paraîtrait hasardé de recommander le traitement par les rayons X ; on ne peut jamais être sûr d'éviter une réinfection — de provenance familiale — chez les demi-pensionnaires et — par leur intermédiaire — chez les internes.

Et comme d'une part, les rayons X n'ont pas de faculté immunisatrice, et, de l'autre, le traitement roentgenologique réitéré n'est pas inoffensif et peut être même périlleux pour la croissance des cheveux et l'équilibre cutané physiologique, — il paraît d'urgence : 1° d'explorer les foyers des teignes familiaux des demi-pensionnaires : 2° de traiter *en bloc* les familles des demi-pensionnaires, les demi-pensionnaires et les pensionnaires de l'asile. Il faut dire en plus, que les frais du traitement de 70 enfants par les rayons X et le temps qu'il faut pour toutes ces séances (trois centaines d'heures) sont au-dessus des moyens d'une institution privée.

A. Grünfeld est d'avis que la population infantile d'Odessa et, en particulier, les élèves des écoles primaires et secondaires — sont — en grande partie — contaminés par les teignes. Il faut intervenir. On doit conseiller à la Société de bienfaisance pour les enfants israélites sans asile de traiter par les rayons X tous les malades de l'asile. Il faut attirer l'attention publique par voie de la presse sur ce fléau social.

J. Bernstein atteste l'absence complète des secours roentgenologiques à l'Hôpital municipal d'Odessa.

J. Rubinsten est du même avis qu'une vraie épidémie de teignes sévit dans le bas peuple israélite d'Odessa.

L. Letnik. — Pour connaître les proportions réelles de la propagation des teignes il faudrait recourir à l'examen médical général dans toutes les écoles d'Odessa.

Ayant pris connaissance de toutes ces opinions, la *Société Dermatologique* fut d'avis que : 1) l'organisation de la lutte contre la propagation des teignes, dans la population d'Odessa, doit être instituée d'une façon régulière et énergique ; les mesures suivantes y seraient très utiles : l'examen du cuir chevelu des écoliers ; divulgation des notions saines sur ce mal et les mesures à prendre par voie de la presse ; fondation et installation des instituts roentgenologiques dans les hôpitaux. 2), la société de bienfaisance pour les enfants israélites sans asile doit être avertie que les rayons X constituent le remède radical contre les teignes ; qu'il n'y a aucun inconvénient à y traiter dès lors les internes de l'asile ; quant aux demi-pen-

sionnaires — la Société Dermatologique hésite à se prononcer sur le meilleur mode de leur traitement, n'ayant pas des données suffisantes pour se faire une idée juste sur les proportions de contamination des familles qu'elles fréquentent.

Séance du 5 *mars* 1908.

1° L. Letnik. Présentation d'un malade âgé de 42 ans avec *mutilation du palais complète et avec dactylites gommeuses multiples des mains.* **L'âge de l'infection syphilitique dépasse 14 ans. Absence presque totale du traitement spécifique. Les lésions de la bouche durent depuis 2 ans.**

2° B. Eguise présente un malade de 49 ans avec *épithélioma du nez* (?), qui est apparu depuis deux mois. Le siège de la lésion est sur le rebord du triangle du méat narinaire entre la cloison et l'aile du nez. Sa surface est élevée et se présente comme une érosion à consistance assez dure.

V. Baranof envisage cette lésion comme une folliculite agminée en placards.

G. Glavtché. — C'est au microscope de dire le dernier mot sur la nature de cette affection du nez. Le cas n'est pas assez typique pour en rester à la diagnose clinique.

3° H. Reiser. — Présentation d'un malade de 28 ans avec *un lichen plan de la muqueuse buccale.* Depuis deux mois, sensation de brûlure au contact des aliments irritants. Sur la muqueuse buccale correspondante aux molaires on remarque un placard pas plus grand qu'un franc, à surface opalescente, aux bords étoilés, proéminents, légèrement quadrillée et parsemée de petits nodules blancs. Le malade est atteint encore de vérole depuis 1900.

3° G. Glavtché. - Présentation d'un cas de *lichen plan circonscrit* : une petite bandelette à ramures sur la fesse gauche ; elle est formée par de petites papules distinctes, brillantes, rouge foncé, déprimées, quasi atrophiques et, par-dessus tout, présentant une légère dépression au centre. L'éruption persiste depuis 1905 ; à la même époque a été relevée une syphilis secondaire récidivante. L'influence du traitement mercuriel sur l'éruption précédente était nulle.

5° E. Weinstein. — *La vaccinothérapie d'après la méthode de Wrigt et son application à la dermatologie.* Le principe de la vaccinothérapie repose sur la théorie des *opsonines*, créé par le bactériologue anglais *Wrigt* en 1906. Opsonine — substance bactériotropique et ingrédient normal du sang, spécifique pour diverses bactéries et ayant faculté de les modifier de telle sorte que plus facile-

ment elles deviennent la proie des phagocytes. Si l'on fait un mélange avec le sérum du sang, les leucocytes et l'émulsion bactérielle, et si l'on observe au microscope, on peut y voir une phagocytose, dont la force et la multiplicité dépendent de la richesse du sang *en opsonine*. Si, à la place du sérum sanguin, on mettait la solution physiologique, on n'obtiendrait pas de phagocytose. La moyenne arithmétique du nombre de bactéries, prenant part à la phagocytose, est désignée sous le nom de *l'index opsoninique* Chez les malades — d'après *Wrigt* — il y a baisse.

Si l'on injecte au malade une émulsion stérilisée de bactéries (de l'espèce de ceux qui ont occasionné l'infection en question), on peut observer qu'après une courte rechute du pouvoir opsoninique du sang il augmente d'une façon manifeste et sensible. Et, en raison intime de cela, s'affaiblit ou même disparaît l'infection. Le mode d'application de la nouvelle méthode est le suivant. Cas de furunculose. Ensemencement de son pus dans une éprouvette. Culture pure. Préparation d'une émulsion stérilisée de cette dernière. On prend soin d'y énumérer la *quantité* des bactéries dans un centimètre cube de cette vaccine. On trouve l'index opsoninique du malade (d'après un mélange = de son sérum + les leucocytes d'une personne quelconque + l'émulsion d'une culture vivante) et — conformément au rabaissement de son niveau — on injecte plus ou moins de vaccine.

Le rapporteur a appliqué la méthode de Wrigt au cours de : 40 cas de furunculose et d'acnés pustuleux ; d'un cas de cystite pyelleuse ; d'une vulvo-vaginite gonoccocique ; 2 cas d'érysipèle chronique. Il a toujours réussi.

G. Glavtché. — Les notions bibliographiques ne sont pas abondantes sur la question qui vient d'être exposée, sauf la littérature anglaise et le travail de MM. Wienkfelried et Buschnell dans les *Monatshefte für Praktische Dermatologie* (1908 en allemand). D'après Wrigt, la vaccine est une substance chimique quelconque, qui — ayant été introduite dans l'organisme — y contribue à la formation des éléments défensifs. « Il s'en suit — que les ingrédients pharmacologiques divers, par exemple, le mercure, peuvent jouer le rôle de vaccine. Et c'est à cause de cela que Kreibich — se mettant au point de vue de la théorie des opsonines — interprète de la façon suivante ce fait clinique bien connu que — immédiatement après les premières injections — la roséole syphilitique devient plus intense. La vaccine - le mercure — au premier moment contribue à la diminution de l'index opsoninique du sang, et — par cela même — s'affaiblissent les forces défensives de l'organisme. Mais bientôt après — le même mercure contribue au relèvement du ni-

veau des forces défensives du sang à leur hauteur antérieure et même les rend beaucoup plus grandes; ce qui fait périr les spironèmes ; la roséole pâlit et s'efface.

J. Chestopal n'est pas de l'avis de Kreibich : l'intensité de la roséole dépend de divers facteurs (bains) et ne s'observe pas toujours au commencement de chaque traitement hydrargyrique. Dans un cas de génite gonoccocique, traité par les opsonines, les douleurs se sont adoucies.

6° Reiser. — Démonstration des coupes histologiques de la tumeur, présumée comme *mélanosarcome sur les cicatrices d'un lupus*. Le microscope a confirmé ce diagnostic et a démontré de plus que le processus lupique est encore en vigueur. L'épiderme ne présente rien d'anormal, partout il est bien limité au cutis.

Dans ce dernier et dans le subcutis on peut voir des amas de cellules bien limitées, à formes variées, munies d'un grand noyau, oval ou irrégulier, qui occupe la plus grande partie du corps cellulaire. On peut voir beaucoup de pigment brun foncé dans le protoplasma cellulaire et dans les interstices fibrillaires du tissu conjonctif. Non loin de ces amas il y a des foyers d'infiltration leucocytaire avec des cellules géantes isolées et des épitélioïdes.

7° G. Glavtché. — Démonstration des coupes histologiques d'un *carcinome de peau secondaire métastatique*. La *biopsie* a été faite chez une malade recouverte des pieds à la tête par des tumeurs parfois grandes comme des cerises rouges et comme enchâssées dans la peau. Ascite, anasarque des membres inférieurs, surtout de la jambe gauche, dyspnée, affaissement et douleurs cruelles. *Autopsie* : cancer primaire des viscères, le *Ductus thoracicus* endigué par une infiltration cancéreuse, qui remonte métastiquement et contre le courant lymphatique jusqu'aux capillaires lymphatiques de la peau.

Histologie : épiderme normal, pas grossi de volume, non ramifié. Dans la profondeur du corium on remarque des amas cellulaires à noyaux ovoïdes, grands, riches en chromatines ; ces amas n'atteignent nulle part le niveau de l'épiderme et sont enchâssés dans des alvéoles recouvertes d'endothélium.

9° G. Glavtché. — A la mémoire du prof. O. Lassar.

Séance du 19 mars 1908.

1. Glavtché présente un employé dans un magasin de comestibles, de 18 ans, avec une légère *asphyxie locale des extrémités* (mains, oreilles) et avec une *dermatite ulcéreuse professionnelle des mains* — le *Pigeonneau* des auteurs français.

Les mains sont livides, les doigts tuméfiés, engourdis, froids et humides ; mais il est facile de les réchauffer. Sur le dos des phalanges — ulcères taillés à pic, entourés d'un liseré collant grisâtre, recouverts d'un enduit sanguinolent rougeâtre. La formation des croûtes se fait très rapidement et, — en s'abstenant de tremper les mains dans des saumures, — on obtient vite une guérison complète qui aboutit à des cicatrices à peine perceptibles, plutôt à des atrophies maculeuses à dépression.

Ces ulcères sont identiques aux lésions ulcéreuses des mains chez le tanneur — le Pigeonneau.

L. Letnik. — Cela ressemble plutôt à un lupus pernio.

2. *J. Bernstein.* — Présentation d'un jeune homme de 16 ans, *avec sclérose primaire du prépuce,* érosion indurée de la joue droite, roséole et tuméfaction ganglionnaire généralisée. Le chancre de la joue fit son apparition une semaine après le chancre du prépuce. Il se présente deux éventualités : le virus, pénétré au *même moment* dans deux régions de la peau, n'y évolue pas *simultanément,* ou : la contagion de la joue et de la verge s'est produite dans des temps différents.

G. Glavtché. — Le malade prétend que son dernier coït a été accompagné de baisers multiples et passionnés. Cette circonstance plaiderait en faveur de cette opinion que la double pénétration du virus fût *simultanée* et que ces chancres ne sont pas successifs comme infection, mais seulement comme apparition.

3. *H. Feiser.* — Présentation d'un *eczéma parasitaire* : au triangle femoral érytrasme, compliqué d'un eczéma séborrhoïque. Les squames contiennent des cultures pures du morococcus d'Unna. Au visage *eczéma séborrhéique.*

4. *A. Feldman.* — Présentation d'une femme mariée, de 23 ans, avec, — depuis deux ans, — des tuberculides aux mains et aux pieds : sur leur dos on remarque des papules centrées de pustules, qui laissent des cicatrices. La marche de la maladie est torpide, avec des recrudescences en automne. Matité aux deux sommets pulmonaires. Inoculation de la tuberculine à 25 % (de Pirquet) positive.

5. *A. Grünfeld.— Traitement de la syphilis par le Mergal.* — Exposition sommaire des données chimiques et bibliographiques sur le Mergal et des résultats de l'administration du médicament obtenus en 8 mois à la consultation de l'Hôpital municipal d'Odessa pour les maladies vénériennes chez les femmes. On a donné le Mergal à 30 malades à toutes les périodes de la vérole à la dose de 3 perles par jour (à 0,05). La digestion n'en fut pas troublée. Les phénomènes syphilitiques commençaient à rétrocéder dès le hui-



tième, plus souvent dès le quatorzième jour après l'inauguration du traitement. Les conclusions du rapporteur sont les suivantes : 1° le Mergal trouve sa place partout où on a besoin du mercure ; 2° on peut s'en servir pour les désinfections mercurielles dans les périodes de latence de la maladie ; 3° on peut toujours penser au Mergal en présence des parasyphilides ; 4° c'est le meilleur remède antisyphilitique ingéré par la voie buccale.

G. Glavtché. — On peut administrer *larga manu* le mercure par voie buccale (le Mergal y compris), seulement là où les circonstances — voyages, manque de médecins — rendent impossibles les autres modes de traitement de la syphilis. Le terme de 14 jours — comme commencement initial des disparitions des syphilides. — ne plaide pas en faveur du médicament. Les formes nerveuses de la vérole — devenues si fréquentes à Odessa ces derniers temps — doivent — absolument et exclusivement — être traitées par les injections.

S. Mariachess prescrit avec succès la formule de *Hutchinson* : Hyd. (3 gr.) cum creta.

J. Chestopale. — Pour apprécier justement la force et la qualité d'une préparation mercurielle quelconque l'analyse des urines est indispensable.

A. Grünfeld. — Les observations rapportées ici sont toutes poli cliniques et pour criterium de l'efficacité du traitement on s'est servi de la rapidité et du mode de disparition des phénomènes syphilitiques. La longueur de chaque cure mercurielle doit dépendre de la *rapidité* de disparition des phénomènes cliniques de la vérole.

J. Chestopale n'est pas de cet avis et prétend que 30 injections de mercure soluble, 8-12 injections insolubles ou 6 semaines de cure hydrargyrique interne peuvent être envisagées comme le type habituel d'une cure ordinaire. Quant aux préparations mercurielles, les meilleures sont celles avec lesquelles on obtient le plus vite possible une saturation hydrargyrique.

G. Glavtché fait observer qu'une saturation rapide est désirable quand on se trouve en présence des phénomènes syphilitiques ; et, au contraire, on aimerait obtenir une élimination du métal prolongée après les désinfections hydrargyriques sans symptômes.

6. *L. Bilik* lit un rapport : « La réaction de v. Pirquet et son application à la dermatologie » et présente 9 malades, inoculés à la peau de tuberculine (25 %) ; 3 lupus vulgaire [+ (réaction positive) + et presque — négative)] ; lupus érythémateux (—) ; rosacée et tuberculose pulmonaire (+) ; gommes cutanées tuberculeuses colliquatives des fesses + tuberculose pulmonaire + cachexie (—) ; épi-

dydimite tuberculeuse (–) ; asphyxie locale des extrémités (—) ; tuberculides (+).

G. Glavtché attire l'attention sur un fait déjà connu, qu'en présence d'un foyer de tuberculose viscérale ou organique, la valeur de la réaction cutanée pour la diagnose d'une dermatose douteuse est nulle.

E. Weinstein. — Le degré de force de la réaction de v. Pirquet et son apparition même dépendent *de la force* de l'infection tuberculeuse ; tandis que l'index opsoninique rend manifeste des altérations du sérum, même minimales, advenues sous l'influence de l'infection. Pour ces motifs, la méthode de Wrigt peut être qualifiée comme un réactif diagnostique plus sensible et affiné.

7. *V. Baranoff.* — A la mémoire du membre honoraire de la Société, le prof. *A. G. Polotebnof.*

Séance du 1er avril 1908.

1. *N. Mangouby* présente une fillette de 2 ans et 7 mois avec *un chancre induré de la lèvre inférieure (eschare sur la ligne médiane, ulcère sous-jacent, ganglions sous-maxillaires cartilagineux) et des papules secondaires au tronc. Chez la mère plaques muqueuses de la bouche.* Cette dernière est contaminée depuis 7 mois par son mari, employé au buffet d'un cercle de la ville. Chez l'enfant, pour le moment, les phénomènes syphilitiques ont presque disparu sous l'influence d'un traitement interne au calomel : 5 milligram. 2 fois par jour.

J. Bernstein et *G. Glavtché.* — Ce sont des doses trop petites ; même les nourrissons supportent très bien 2-3 *centigr.* de calomel par jour.

V. Baranof. — Il paraîtrait que les cas d'infection extra-génitale sont devenus plus fréquents ces derniers temps.

G. Glavtché. — Les porteurs de chancres extra-génitaux s'adressent rarement directement aux spécialistes et sont vus par ces derniers pour la première fois seulement en pleine période secondaire quand les vestiges de la porte d'entrée de l'infection sont presque imperceptibles.

A. Grünfeld attire l'attention sur le danger social qui provient de pareils cas et sur la nécessité des mesures à prendre contre eux.

2. *A. Landesman.* — Présentation d'un malade porteur de syphilides secondaires et d'un ulcère au cou, le tout formant une éruption syphilitique impétigineuse.

J. Bernstein, V. Baranof, G. Glavtché. – L'ulcère du cou est un *chancre induré type.* Au cours de la discussion on apprend qu'au



commencement de l'année, le malade a eu un chancre mou, pour lequel il est entré à l'hôpital ; et c'est là, à ce qu'il paraît, qu'a eu lieu la pénétration du virus syphilitique dans les téguments du cou.

3. *H. Reiser.* — *Cas de lèpre maculo-anesthésique* chez un garçon de 17 ans, originaire de *Wilkowo*, petite bourgade de Bessarabie sur les rives du Danube. Il se sent malade depuis 3 ans. Les sensations d'anesthésie au dos ont été les premiers signes subjectifs de la maladie.

4. *B. Eguise* présente un malade avec une *ulcération de l'amygdale gauche*, recouverte d'un enduit blanc sale, en voie de désagrégation. Le volume des ganglions sous-maxillaires et cubitaux est augmenté. Il n'y a jamais eu de chancre. Marié en secondes noces, il est père d'un enfant de trois ans. Sa première épouse était de mœurs légères. M. Eguise est d'avis que c'est une gomme.

G. Nasarof, V. Baranof, N. Mangouby, A. Grünfeld et *J. Bernstein* pensent de même.

G. Glavtché, en se basant sur la délimitation nettement circonscrite de l'infiltration, sur la régularité systématisée des membranes superposées et nacrées, sur la présence des ganglions tuméfiés, se croit en présence d'une lésion syphilitique primaire et, pour bien élucider la question, propose de recourir à l'iodure de potassium et non au mercure.

5. *G. Glavtché.* — Présentation d'un malade de 23 ans, anémique, avec quelques dizaines de *petites plaques alopéciques* sur la nuque, grandes comme l'ongle du petit doigt, rondes ou ovalaires légèrement irrégulières. La peau est lisse, par place quasiment atrophique, sans autres lésions appréciables. Les plaques sont complètement glabres ; les cheveux au pourtour présentent — au microscope — une légère atrophie de leur bulbe. La chute des cheveux se prolonge depuis 2 ans et ne cesse jusqu'à présent : la quantité quotidienne des cheveux tombés équivaut à 50-100, ce qui afflige beaucoup le malade. Le rapporteur se demande si ce n'est pas une *pseudo-pelade de Brocq*.

V. Baranof. — C'est une pelade à petites aires.

6. *G. Glavtché.* — A propos du rapport de M. *L. Bilik* : « La réaction de v. Picquet ». En raison des doutes, qui se sont levés après la séance, sur le bien fondé du diagnostic du malade ayant des *gommes tuberculeuses bacillaires* aux régions fessières, inoculé sans résultats avec la tuberculine, exposition des notions détaillées sur son mal : M. K.., tuberculeux pulmonaire, syphilitique depuis 1895. Lésions des fesses depuis 1906. Traitement mixte spécifique biannuaire — quoique d'intensité moyenne — n'amène pas la ré-

cicatrisation ou même l'amélioration des ulcères fessiers. Cette circonstance et l'aspect général des lésions (bords minés, surface sinueuse, fluctuation de l'abcès démesurément long avant de s'ouvrir) ne parlent pas en faveur de la vérole. Pour élucider la question on est en train d'en faire une inoculation à un animal d'épreuve et d'observer la marche future de la maladie. Les données bibliographiques nous apprennent que la réaction v. Pirquet réussit mal là où les foyers du lupus sont isolés et pas nombreux. Dans les cas où la nature de la dermatose quelconque en question est douteuse, on inocule à la tuberculine la peau simultanément en deux endroits différents : la peau saine et la dermatose ; et, si l'on observe une *grande* différence entre l'intensité des réactions *de la peau saine et malade*, on dit que la dermatose en question est de nature tuberculeuse. On fait usage des inoculations tuberculeuses multiples dans des faits thérapeutiques.

J. Bernstein et *A. Grünfeld* : ce sont des gommes, justiciables d'un traitement mixte énergique.

V. Baranof. — L'aspect et l'évolution des ulcères plaident en faveur d'une tuberculose.

A. Cneurry fait mention des travaux publiés sur les autres toxines — celles de la diphtérie, du typhus, du paratyphus, du choléra et de la pyocianie qui, tous, provoquent une réaction cutanée semblable à celle de v. Pirquet. Dès lors on peut douter de la prétendue spécificité de cette dernière.

7. *G. Glavtché*. — « Quelques mots sur le nouveau livre du prof. Fournier : « Pour en guérir ». Analyse de l'œuvre du grand syphiligraphe français ; sa grande autorité attirant l'attention sur tout ce qu'il dit et écrit. D'après le prof. Fournier lui-même c'est un livre de vulgarisation, mais, au fond, les médecins seuls peuvent en profiter. L'annotation d'un cas de mort après une injection d'huile grise n'est pas fait pour généraliser la question : ce n'est que l'écho et la répercussion d'une imperfection technique accidentelle et toute locale française. Une commission spéciale de la Société Dermatologique Française, qui s'est rassemblée en été 1907, a signalé les fautes de l'application de l'huile grise, qui ont eu lieu en France (erreurs de la formule pharmaceutique, les grandes différences de volume de la solution injectée (diverses seringues, etc.). Mais le malade, qui ignore tout cela, après avoir lu le livre du Prof. Fournier ne pourra jamais surmonter sa terreur (toute naturelle, d'ailleurs), devant les injections. Le prof. Fournier fait mention de la dégénérescence cancéreuse des leucoplasies, — fait bien connu en France, mais ne s'observant pas, à ce qu'il paraît, en Russie —. La moyenne de l'éclosion de la paralysie progressive,



(environ dix ans après l'infection), est un peu plus petite que les statistiques des autres auteurs. Le prof. *Fournier* nous propose dans son dernier livre de prolonger de quelques années de plus le traitement intermittent polyannuaire, préconisé par lui-même, et parle du mercure comme d'un remède à effet « péremptoire ». Tout cela a l'air de jurer quelque peu avec toutes les déclarations précédentes du Maître sur la curabilité de la vérole.

J. Friegubre qui a traduit le livre du prof. Fournier en russe, n'a pas observé non plus de dégénérescences des leucoplasies, mais il pense qu'il est utile d'en faire mention pour impressionner les syphilitiques — fumeurs incorrigibles.

H. REISER et G. GLAVTCHÉ.

SOCIÉTÉ CHIRURGICALE DU BRABANT.

La colique thoracique consécutive à une injection d'huile grise n'est pas due à une embolie. Un témoignage nouveau.

Discussion de la communication (1) *de M. Dubois-Havenith.*

(Extrait du procès-verbal de la séance du 26 juillet 1908.)

M DUHOT. — Messieurs, à notre dernière séance, notre éminent collègue, M. le Docteur Dubois-Havenith, est revenu sur quelques points qui avaient fait le sujet de notre discussion sur le traitement de la syphilis en octobre 1906.

Une remarque que notre confrère avait lue dans le compte rendu de la Société de Dermatologie de Paris lui a permis de se faire illusion un instant et de croire qu'un fait nouveau lui donnait contre moi un argument puissant. M. Dubois-Havenith s'apercevra dans un moment combien il s'est mépris et il verra que le traitement abortif, méconnu il y a quatre ans encore, a fait déjà de nombreux adeptes et que des travaux très importants lui ont été consacrés dans divers pays. Je remercie M. Dubois-Havenith de me donner l'occasion, une fois de plus, d'affirmer ma foi inébranlable dans la vérité des faits que je défends et d'exposer leur confirmation et les progrès qui ont été réalisés.

Du travail de M. Dubois-Havenith je dégage deux points.

1° La colique thoracique :

2° Le traitement abortif de la syphilis.

Dans la colique thoracique. il faut également distinguer :

1° La pathogénie ;

2° La fréquence.

(1) Voir n° précédent du *Journ. des maladies cutanées et syph.*

Sur la question de pathogénie je serais très volontiers disposé à donner personnellement satisfaction à M. Dubois-Havenith : mais il me semble qu'il a été un peu pressé et qu'il oublie que la majorité des auteurs penche encore pour l'embolie. Il faut aussi remarquer que les cas que j'ai observés sont survenus après l'emploi d'un calomel ultra-actif à la dose de 40 % et que les conditions d'expérimentation ne sont pas identiques à celles de l'huile grise.

Si l'expérimentation devait modifier mon opinion sur un point quelconque, je n'hésiterais pas à le dire, et ceci doit être une preuve pour M. Dubois-Havenith de ma sincérité scientifique.

Somme toute, cette question de pathogénie intéresse peu le praticien : ce qui est beaucoup plus important pour lui, c'est la question de fréquence.

Or, ici rien n'est changé ; je ne sais si M. Dubois-Havenith continue à observer la colique thoracique à la suite de l'emploi de l'huile grise. Ce qui est un fait acquis, c'est qu'avec ce produit, la majorité des auteurs la déclare extrêmement rare ; je vous ai cité jadis ces opinions et notre collègue vous les a répétées. Je suis actuellement à mon 19e mille d'injections d'huile grise et c'est tout au plus si j'ai remarqué une dizaine de fois une certaine gêne à la respiration. Dans 2 ou 3 cas seulement il y a eu de la fièvre et de la constriction thoracique très rapidement disparue.

Faut-il donc craindre la colique thoracique à la suite de l'emploi de l'huile grise ? Non, Messieurs, elle n'apparaît qu'avec la plus grande rareté.

Tous les auteurs sont d'accord pour déclarer que la colique thoracique ne survient en général avec l'huile grise que par faute de technique, car l intoxication n'exclut pas l'embolie et je ne dis nullement ceci pour incriminer la technique de M. Dubois-Havenith, mais tous les chefs de service ont reconnu que les accidents ne survenaient dans leur service à la suite de l'emploi de l'huile grise, que lorsqu'il y avait un changement de personnel encore peu habitué à cette thérapeutique.

On peut discuter sur la pathogénie de la colique thoracique, mais la question de fréquence est démontrée d'une façon péremptoire par un nombre énorme d'injections.

J'aborde le second point, d'ailleurs le plus intéressant, celui du traitement abortif :

Lorsqu'en 1904 je publiai mon traitement abortif de la syphilis, qui allait à l'encontre de toutes les données classiques, je ne me faisais pas d'illusion sur l'étonnement qu'il produirait chez tous ceux qui étaient habitués à manier les pilules ou le sirop de Gi-

bert. L'idée de faire avorter la roséole et les phénomènes secondaires semblent même une utopie.

Mais actuellement le traitement abortif a déjà réuni de précieux suffrages, comme vous allez pouvoir vous en convaincre et il donne ses résultats en bien d'autres mains que les miennes.

M. Dubois-Havenith vous a cité une opinion divergente exprimée à la Société française de Dermatologie par le Dr Lévy-Bing, qui, dans deux cas, a vu survenir la roséole, malgré le traitement abortif.

Ce qui prouve d'abord que ces deux cas, que je dois admettre puisqu'ils sont affirmés, sont bien exceptionnels, c'est qu'il est cliniquement constaté que tout traitement mercuriel commencé dès le début du chancre retarde au moins l'apparition de la roséole : c'est ce que faisait remarquer le Dr Ed. Fournier, lorsqu'il disait, à la séance de mars 1908 de cette même Société française de Dermatologie : « D'après les nombreuses observations qu'il a pu faire, mon père est convaincu que le traitement mercuriel retarde la roséole.

Or, il s'agit d'un traitement surtout pilulaire. N'est-il donc pas tout à fait surprenant, presqu'inconcevable, que Lévy-Bing, avec un traitement très énergique, ait vu survenir la roséole presque à heure fixe ?

Je demanderai ensuite à M. Dubois-Havenith ce qu'il aurait pensé si j'étais venu soutenir mes idées en présentant comme preuve à l'appui *deux seuls cas* ! Il est aussi regrettable que notre confrère n'ait eu connaissance que du résumé de l'observation de Lévy-Bing. Il saurait que dans sa communication originale Lévy-Bing avoue que s'il a vu des accidents, ces accidents sont souvent extrêmement légers, et qu'en cela la méthode du Docteur Duhot reste excellente, car elle diminue et supprime pour ainsi dire les accidents visibles. Le docteur Lévy-Bing, qui n'a rien abdiqué de ses anciennes opinions, reste toujours le fervent partisan de l'huile grise et un des plus ardents champions de la méthode et je suis persuadé que les expériences ultérieures de ce jeune maître, dont je tiens les travaux en si haute estime, le feront revenir sur son opinion actuelle lorsqu'il aura joint l'exérèse du chancre au traitement intensif.

M. Dubois-Havenith a cité deux cas exceptionnels. Mais ai-je jamais dit que ma méthode était infaillible et devait réussir à coup sûr et dans tous les cas, et c'est pour moi déjà un succès que notre confrère ne puisse apporter ici qu'un nombre aussi restreint de cas exceptionnels.

N'ai-je pas reconnu moi-même environ 5 % d'insuccès et n'accuserait-on, comme Carle, de Lyon, que 2|3 de succès complets que

ce serait déjà un résultat dont il est impossible de nier l'importance, alors qu'il y a cinq ans à peine, la récidive était considérée comme une chose à peu près fatale.

J'ai toujours dit à M. Dubois-Havenith que je ne demandais qu'à être contrôlé et je lui ai proposé ici même, à cette tribune, de conduire des expériences en commun. Je lui refais aujourd'hui fort amicalement la même proposition.

Mais, Messieurs, si M. Dubois-Havenith vous a cité une opinion, permettez-moi d'éclairer votre religion en vous en citant quelques autres.

Voici ce qu'écrivait en avril 1907 le Prof. Ullmann, de Vienne :

« Comme forme rationnelle du traitement prophylactique de la syphilis, il faut citer les résultats de Jullien et de Duhot, qui marchent dans une voie à peu près identique. Nous avons essayé jadis d'atteindre le même but, mais nous ne sommes pas arrivés au même résultat que Duhot parce que nous commencions trop tard notre cure et que nos doses étaient mal appropriées.

« Les résultats de Duhot et ses cas abortifs sont donc facilement explicables et aisément compréhensibles. Je n'ai encore traité selon la méthode de cet auteur qu'une centaine de cas et je considère encore ce chiffre comme trop restreint pour donner une appréciation définitive ; ce que je puis dire dès maintenant, c'est que les résultats me semblent excessivement favorables.

« Je considère donc plus que jamais le traitement mercuriel préventif et prophylactique comme un progrès incontestable et je l'emploie de plus en plus selon le principe de Fournier et selon la méthode de Duhot. »

Voici ce qu'un autre auteur allemand, le D[r] Zieler, chef de clinique du Prof. Neisser, à Breslau, écrivait également en 1907 :

« A la clinique de Breslau ainsi que dans la pratique privée du prof. Neisser, nous utilisons l'huile grise à 40 %. Les résultats que nous avons obtenus avec cette préparation et sans sélection rigoureuse des cas, sont en général superbes, pour autant que nous pouvons en juger par une pratique de quinze mois.

« Les doses que Duhot recommande semblent, à première vue, très grandes, mais nous pouvons affirmer qu'elles sont très bien supportées, *si l'on choisit ses cas et si l'on respecte les contre-indications.*

Le D[r] Zieler a fait 550 injections de 0,14 ctg. sans inconvénients appréciables. En 1908, le D[r] Zieler écrit encore que les résultats obtenus avec l'huile grise continuent à donner toute satisfaction.

En mai 1908, le D[r] Nicolétopoulos publie, dans les *Annales des maladies vénériennes*, l'observation de 62 malades traités intensive-

ment dès le début et chez lesquels il n'a pas été observé un cas de tertiarisme.

Voici maintenant, Messieurs, l'opinion de quelques syphiligraphes français, tous membres de la Société française de Dermatologie, et vous pourrez vous rendre compte que l'opinion du Dr Lévy-Bing ne semble pas prévaloir dans cette illustre assemblée.

Voici ce qu'écrit le Dr Carle, chef des travaux à la clinique de syphiligraphie de Lyon :

» Je publie en 1908 les résultats de mes recherches sur le traitement abortif commencées en 1902 : mais je débute par les injections solubles pour passer ensuite à l'huile grise. Chez les deux tiers de mes malades, sur 214 cas fidèlement observés et dont 98 sont déjà à la fin de la troisième année et davantage, *je n'ai rien constaté, absolument rien.* Chez les autres il faut vraiment courir après le symptôme ».

Carle obtient donc 2/3 de traitements abortifs en mitigeant ma méthode et en ne commençant la cure que du trentième au cinquantième jour après l'éclosion du chancre. Rien d'étonnant donc qu'en commençant au deuxième jour, ce qui est une règle absolue du traitement abortif les résultats ne soient encore meilleurs.

« Avec tous ceux, dit Carle, qui ont essayé ce mode de traitement intensif précoce et hypodermique, j'ai le droit de conclure que *cette méthode a complètement transformé le tableau de la syphilis secondaire, qu'elle l'a réduit à rien ou presque rien et je comprends également l'incrédulité de ceux qui la méconnaissent et l'étonnement de ceux qui l'expérimentent pour la première fois, ayant successivement éprouvé autrefois ces deux sentiments.*[1]

« *La période tertiaire n'existe plus,* disent Jullien, Tommasoli, Leredde, Duhot, Je suis heureux, à ce point de vue, de *reconnaître sans restriction que mes résultats confirment absolument les conclusions de mes prédécesseurs.* »

Carle donne aussi la preuve de la protection de la femme et de la possibilité de la paternité normale dans de brefs délais à la suite du traitement abortif. J'ai dit que mon traitement avait une portée sociale incontestable, et en voilà bien une nouvelle preuve.

Le Docteur Ribollet, élève du Docteur Carle, a publié également à Lyon un cas de syphilis tout à fait abortive, traité par l'huile grise à hautes doses dès le début. (*Lyon médical.*)

Voici ce que dit le Dr Lacapère, ancien chef de clinique du Prof Fournier :

« J'estime que le traitement abortif de la syphilis est un traitement excellent et que, pour éteindre une vérole, il faut dès le début tirer dessus à boulets rouges.



« Ce sont les sels solubles auxque's je m'adresse au début pour continuer ensuite par l'huile grise.

« Un gros traitement du début empêche très souvent la roséole et si l'on y ajoute un traitement prolongé on peut espérer un succès définitif et *la suppression du tertiarisme.* »

Voici ce qu'écrit le Dr Balzer, médecin de l'hôpital St-Louis :

« Il m'est arrivé assez souvent de voir le mercure produire des effets abortifs sur les accidents secondaires, soit à la suite des injections de calomel ou d'huile grise. Quoique de ces faits je n'ai pas encore tiré de conclusions fermes, je n'en suis pas moins grand partisan du traitement abortif dès la première période du chancre et mon opinion est que ce traitement a une heureuse influence sur la marche ultérieure de la maladie et que le plus souvent même il empêche définitivement le tertiarisme. »

Voici l'opinion du Dr Etienne, professeur à la Faculté de Nancy :

« Il ne m'est pas possible de donner de proportions fermes au sujet du traitement abortif de la syphilis, mais dans quatre cas j'ai pu en observer les heureux effets.

« Dans les deux premiers, je suis absolument certain de n'avoir eu ni roséole, ni aucun accident secondaire chez des malades soigneux et suivis de très près, après des chancres de la verge incontestables, alors que le traitement par l'huile grise est intervenu vers le 8e ou le 10e jour du chancre, par des injections hebdomadaires.

« Dans deux autres cas, je n'ai observé ni roséole ni accidents secondaires, mais les malades ayant été moins suivis personnellement que les deux précédents, je dois être un peu plus réservé que pour les deux autres malades sur lesquels je suis absolument affirmatif. »

Voici l'opinion du Dr Brocq, médecin de l'hôpital St Louis : « J'ai effectivement très souvent constaté chez mes malades qu'en commençant un traitement intensif dès l'apparition du chancre et l› continuant avec persévérance pendant les quatre ans classiques, on peut supprimer tout accident dit secondaire, roséole, papules spécifiques et même syphilides des muqueuses, pourvu qu'on ne fume pas. Mais supprime-t-on sûrement aussi les accidents tertiaires ? Il faudrait, je crois, beaucoup d'observations pour conclure d'une manière ferme. »

La question du tertiarisme ne pourra être tranchée d'une façon absolue qu'avec beaucoup de temps : mais pour la syphilis secondaire, la seule en cause dans cette discussion, le Dr Brocq est nettement affirmatif.

Voici ce qu'écrit le Dr Charmeil, professeur de syphiligraphie à l'Université de Lille :



« Je suis, comme le Dr Duhot, un fidèle de l'huile grise et depuis treize ans que je suis à la tête de la clinique de syphiligraphie de Lille, c'est à elle que j'ai presque exclusivement recours comme agent de la médication mercurielle. J'ai été très frappé de la tolérance des fortes doses préconisées par cet auteur, et j'ai pu la vérifier sur le vif lors de la présentation qu'il a faite de quelques uns de ses malades à la Société de Dermatologie de Paris. Mais où je cesse d'être tout à fait de son avis, c'est dans l'utilité de ces fortes doses, car l'expérience semble m'avoir démontré que les doses habituelles de 7 centigr. étaient suffisantes pour avoir un effet thérapeutique parfait.

« Lorsqu'un malade robuste, sans tares, avec un syphilome primaire de dimensions moyennes, se présente à moi, je l'assure volontiers que s'il consent à ne pas fumer et à venir régulièrement se faire traiter par des séries de 6 piqûres hebdomadaires avec des intervalles de quatre à cinq semaines, et cependant trois à quatre ans, il est très probable que les seules manifestations spécifiques qu'il présentera seront celles qu'il vient de me montrer. Donc il n'aura ni roséole, ni accidents secondaires et dans la plupart des cas, l'avenir me donne raison.

« Même constatation au point de vue des manifestations tertiaires. Je serais bien embarrassé de citer un nombre sensible d'observations où le malade, se confiant à moi, dans les termes sus-indiqués, a vu une seule manifestation tertiaire.

« Que l'on appelle abortif un traitement qui impose un silence complet aux manifestations syphilitiques pendant un certain nombre d'années, je le veux bien, avec une réserve toutefois, c'est que pour être sûr qu'il ait été véritablement abortif, il faudrait suivre le malade pendant trente ou quarante ans.

« Je trouve en tout cas que les résultats obtenus sont très beaux et *supérieurs à tout ce qu'on a fait jusqu'à ce jour.* »

Voici ce que m'écrit le Dr Lenglet, secrétaire de la Société française de Syphiligraphie :

« Je n'ai aucune peine à recueillir mes souvenirs pour répondre à la question qui vous intéresse. A chaque fois qu'il m'a été donné de traiter dès l'accident primitif par des méthodes rapides et énergiques, je n'ai vu ni roséole, ni accident d'autre espèce se produire. J'utilise le plus souvent la combinaison alternative de cyanure intraveineux ou de biiodure avec l'huile grise. Mon opinion est que la syphilis est fréquemment ainsi vaincue de manière définitive, sans roséole et sans accidents secondaires, par des traitements énergiques et bien conduits. »

M. le Docteur Dubois-Havenith vous a écrit ici longuement l'opi-

nion du Docteur Milian, sur la colique thoracique. Voici l'opinion de ce maître sur le traitement abortif :

« Mon opinion sur le traitement intensif précoce de la syphilis par l'huile grise est très nette, *c'est qu'il ne peut en exister de meilleur*. Quand on a le bonheur de traiter un syphilitique par l'huile grise avant la roséole on peut, même avec la dose de 0,07 ctg., empêcher à coup sûr les accidents secondaires. Je fais quelquefois 2 injections de 0,05 ou de 0,07 par semaine, de préférence à une seule de 0,14 ctg.

« Je n'ai pas le souvenir d'avoir vu une seule fois la chute des cheveux chez un de mes malades traités en ville depuis plusieurs années. Ces heureux effets s'étendent jusqu'au tertiarisme. »

Voici l'opinion du professeur Dind, de Lausanne :

« Je crois que l'intervention opératoire *précoce* suivie d'un *long* traitement hydrargyrique peut guérir cliniquement et préventivement le syphilitique, c'est-à-dire qu'il ne présente, suivi pendant de longs mois, aucune manifestation apparente. »

Voici ce qu'écrit le Dr Leredde :

« Comme traitement mercuriel régulier de la syphilis, je me sers de l'huile grise pour des raisons pratiques : commodité, indolence et régularité du traitement.

« En fait, les malades traités régulièrement depuis le chancre, pendant les premières années de la syphilis, ne me semblent jamais avoir d'accidents. »

Voici l'opinion du Dr Endlizt, de Paris :

« Les hasards de la clinique ne m'ont pas encore permis d'essayer le traitement abortif dans toute sa rigueur dès le début du chancre. Je n'ai eu l'occasion de le commencer que plus de trois semaines après son éclosion. La roséole, dans ces cas, a été tellement fruste que, pour moi, il ne fait aucun doute qu'elle eût pu être empêchée complètement, si les malades s'étaient présentés à moi un peu plus tôt. »

Permettez-moi de vous citer encore l'opinion du Dr Emery, médecin de St-Lazare et ancien chef de clinique du Prof. Fournier :

« J'estime que, à part les pilules, toutes les médications mercurielles peuvent prétendre atténuer et même supprimer radicalement les manifestations secondaires précoces. Toute médication tant soit peu intensive, prolongée et bien supportée, donnera habituellement le résultat le plus radical. Je suis donc très étonné des observations de Lévy-Bing. En ce qui me concerne, je préfère, comme méthode abortive du début, l'emploi des sels solubles, et je réserve l'huile grise pour le traitement de fond ; mais qu'il s'agisse de l'une ou de l'autre méthode, *la suppression de la roséole et des*

accidents secondaires, précoces, par une médication mercurielle intensive, ne fait plus le moindre doute. »

Après avoir entendu, Messieurs, toutes ces opinions formelles basées sur des centaines de cas, je vous laisse à vous mêmes le soin de conclure ce que vaut l'argument de M. Dubois-Havenith, basé sur deux cas seulement.

L'opinion de tous ces maîtres est nettement affirmative : on peut supprimer la période secondaire. Donc la première base du traitement abortif de la syphilis est nettement établie et acceptée. Avec un peu plus de patience, la suppression du tertiarisme se prouvera de même.

J'aurais pu vous citer l'opinion de nombreux médecins belges : j'ai préféré ne prendre que des opinions émanant pour la plupart de membres de la Société française de Dermatologie où M. Dubois-Havenith lui-même avait cherché son argument, et vous faire voir ainsi que la majorité des membres de cette illustre assemblée est acquise au principe du traitement abortif.

Lors de la publication de ma dernière statistique, je possédais 1?? cas de syphilis abortive, dont les plus anciens datent de plus de dix ans, et je ne reconnais que 5 % d'échecs. En admettant même que ces échecs soient plus nombreux, en y faisant rentrer les lésions les moins caractéristiques, les accidents sont toujours excessivement légers et le tertiarisme disparaît radicalement. C'est là, malgré l'objection du temps, une constatation qui s'affirme chaque jour davantage.

Je suis persuadé qu'après tant de témoignages, M. Dubois-Havenith ne me dira plus aujourd'hui que ma méthode ne s'appuie pas sur des faits suffisamment établis et que contrairement à ce que j'affirme, elle ne fait pas sûrement avorter la syphilis.

Je vous dirai encore, Messieurs, qu'il y a entre ma méthode et celle de presque tous les syphiligraphes une différence capitale : c'est que je pratique systématiquement l'excision du chancre et que je stérilise la région ainsi que celles des ganglions de l'aine par des injections mercurielles locales.

Et je termine, Messieurs, en vous citant une opinion illustre, celle du Dr Jullien, qui, le premier, a proclamé la possibilité de faire avorter la syphilis par des injections précoces de calomel et qui ne rencontra pendant plus de vingt ans que l'opposition la plus systématique :

« Vous me paraissez vous émouvoir, dit-il, plus que de raison par les objections qui vous ont été opposées : vous pouvez y répondre par le plus absolu silence. C'est à peu près la conduite que j'ai tenue jusqu'ici, car on vient remettre en question des faits prouvés depuis

bien longtemps et on pense vous embarrasser en vous opposant les insuccès obtenus par d'autres :

« Procédons par ordre :

« I. Levy-Bing aurait échoué dans *deux cas* ? C'est bien possible, la méthode n'est pas mathématique, surtout quand elle n'est pas mise en œuvre par vous ou par un médecin qui l'exécute dans toute sa rigueur. Inutile de contester ou de discuter ces faits. Levy-Bing n'a pas réussi, nous lui en donnons acte et nous passons.

« II. L'embolie thoracique n'a pas été observée par vous. Pourquoi vous rendre responsable des accidents arrivés dans la pratique des confrères moins heureux, lesquels n'ont pas été contrôlés par vous. Je vous ai dit que je croyais avoir observé deux fois, il y a vingt ans environ, des accidents imputables à cette absorption intempestive. Ils furent d'ailleurs très légers et incommodèrent les malades quelques heures à peine. Les auteurs qui les rencontrent plus souvent ne commettent-ils pas de faute de technique (?) car enfin, il n'y aurait pas de raison pour que cet inconvénient ne survînt pas entre nos mains, *et la vérité est que nous ne l'observons pas.*

« III. Vous voulez bien me demander quel est le nombre approximatif d'injections que j'ai pratiquées. Je n'aurai pas la fatuité de vous dire 200 ou 300.000, je n'en sais rien. Ce qui est certain, c'est que, patron des injections mercurielles à Paris et en France, j'en ai fait, je crois, plus qu'aucun autre et qu'elles m'ont toujours donné de bons résultats.

« IV. *Le traitement abortif de la syphilis est une vérité incontestable,* et toutes les fois qu'il est possible, nous devons le conseiller et l'essayer. Si nous n'y réussissons pas, ce qui peut arriver, nous en sommes quittes pour faire le traitement méthodique habituel.

« Le traitement abortif a-t-il fait réaliser quelques progrès dans la prophylaxie de la syphilis ? Pas encore, sans doute parce que la conviction de nos confrères est mal établie, très hésitante encore et le traitement, en réalité, fort peu employé ; mais il y a lieu d'espérer que nos efforts porteront leurs fruits et que de même qu'on est venu aux injections, si décriées autrefois, on viendra à cette méthode si logique et si rationnelle. »

C'est pourquoi, après vous avoir fait connaître toutes les opinions qui confirment ma thèse, je dis à mon distingué collègue et ami, M. Dubois-Havenith : ne jugez pas trop tôt ; expérimentez encore en observant rigoureusement tous les préceptes de la méthode et alors je suis intimement convaincu que plus tard, comme je l'ai fait aujourd'hui en donnant raison à notre collègue sur une question de pathogénie, M. Dubois-Havenih confirmera la réalité du traite-

ment abortif de la syphilis et les progrès que ce traitement a réalisé dans la thérapeutique de cette redoutable diathèse.

M. Dubois-Havenith.— Messieurs, je ne vous étonnerai pas en disant que je ne connais pas d'adversaire plus aimable, mais en même temps plus redoutable que M. Duhot. En effet, si ce débat, qui n'a, en somme, rien de bien palpitant, s'est prolongé indéfiniment, c'est que M. Duhot a le talent de parler toujours et longuement d'une foule de questions qui ne sont même pas en discussion. Pour répondre à tout ce qu'il vient de nous dire, il me faudrait recommencer mes discours antérieurs. Je n'en ferai rien, et je me bornerai cette fois encore, la dernière, je l'espère, à ramener M. Duhot aux deux seuls points précis qui sont en discussion, à savoir :

1° La colique thoracique est-elle due à une embolie ?

2° La cure intensive par l'huile grise fait elle avorter sûrement la syphilis ?

Pour ce qui est du premier point, M. Duhot vient de nous dire « *qu'il était tenté de me donner raison* ». Remarquez, je vous prie, en passant, la façon nouvelle de s'exprimer de M. Duhot. Elle est faite pour nous surprendre un peu. Lorsqu'il combattait naguère l'interprétation que nous donnions des accidents occasionnés par l'huile grise, il était autrement catégorique. Il affirmait, avec la conviction la plus absolue, que l'embolie seule pouvait les expliquer. Aujourd'hui qu'il a reconnu son erreur, il le fait dans des termes plutôt timides. Il est *tenté* seulement de me donner raison.

Et, cette concession faite, comme à regret, il croit cette fois encore de son devoir de défendre l'huile grise que personne ne songe à attaquer. L'huile grise est, en effet, un excellent moyen thérapeutique contre la syphilis. Personne de nous n'y a contredit. Je me suis borné à signaler quelques mécomptes qui lui étaient imputables, dans le seul but d'avertir ceux de nos collègues qui auraient recours à la méthode des injections insolubles. Et, vous vous en souvenez, je n'étais pas seulement *tenté* d'écarter l'hypothèse d'une embolie pour expliquer ces mécomptes, mais j'affirmais nettement qu'il fallait chercher ailleurs l'interprétation des accidents. Aujourd'hui, puisque M. Duhot se rallie à notre manière de voir, je me déclare satisfait.

Pour essayer de démontrer que l'action abortive du traitement intensif par les injections d'huile grise n'était pas aussi sûre que le disait M. Duhot, j'ai appelé en témoignage, comme il l'avait fait lui-même à propos de la colique thoracique, le distingué médecin de Saint-Lazare, le Dr Levy-Bing, et je vous ai rapporté deux de ses observations que vous aurez jugées, comme moi, peu favorables à la thèse défendue par notre collègue.

Il paraît, comme vous venez de l'entendre, qu'il n'y a pas lieu d'attacher trop d'importance à ce témoignage. Ce n'est pas tout à fait mon avis, car je fais le plus grand cas de l'opinion de M. Lévy-Bing, même quand nous ne sommes pas d'accord. Si je l'ai cité, c'est uniquement parce que M. Duhot nous l'a présenté lui-même naguère dans les termes suivants : « Veuillez écouter maintenant l'opinion qu'exprime le Dr Levy-Bing, dont la compétence sur ces questions vous est connue par la remarquable thèse qu'il a publiée sur la question des injections mercurielles. »

Je me résume, Messieurs, et je conclus :

Les injections intra-musculaires d'huile grise donnent quelquefois lieu, même à des doses relativement modérées, à des accidents plus ou moins graves de colique thoracique.

Elles n'en constituent pas moins une excellente méthode de traitement de la syphilis. J'accorde même à M. Duhot qu'elle est peut-être la meilleure, à la condition, cela va sans dire, d'être bien tolérée.

Mais son action abortive, loin d'être sûre, même aux doses employées et recommandées par M. Duhot, n'est pas démontrée.

M. Duhot. — J'insiste sur ce fait que je fais régulièrement l'incision du chancre et que je stérilise la région par des injections mercurielles locales pratiquées pendant plusieurs jours. J'étends même cette stérilisation à la région de l'aine.

REVUE ANALYTIQUE

SYPHILIS. — VARIA.

Alcorta : **Etiologie de la syphilis; son état actuel.** (*Rev. Esp. de Derm. y Sif.*, juin 1908.) — Revue générale avec historique détaillé de la question. Etude développée des découvertes récentes de Siegel (citorhystes) et de Schaudinn-Hoffmann, (tréponème pallidum). Travail à lire dans l'original. J. M.

Becker : **Inflammation syphilitique primitive du nerf optique à la période de début.** (*Derm. Zeitschr.*, 1907, p. 744.) — Il s'agit d'un homme marié, âgé de 50 ans, ayant récemment contracté la syphilis. Trois mois après l'infection, inflammation unilatérale du nerf optique, diminution de l'accommodation, atrophie consécutive. Onze mois après l'infection, l'autre œil devient douloureux. La névrite guérit complètement, par un traitement antisyphilitique énergique. J. M.

Fabry : **Syphilis extra-génitale.** (*Zeitschr. f. Bek. d. Geschl.*, Bd VIII, nº 5, 1908, p. 180.) — Statistique de l'hôpital de Dortmund depuis 1901, 35 cas, F. y ajoute 8 autres cas de sa clientèle privée. Leur étude n'apprend rien que le professeur Fournier n'ait déjà décrit. J. M.

Lipschutz : **Sur les rapports du spirochœte pallida avec le pigment cutané des efflorescences syphilitiques.** (*Derm. Zeitschr.*, 1907, p. 67.) — Sous l'influence du spir. pall. il se fait dans les efflorescences cutanées de la syphilis des altérations du pigment décelable au microscope, quand elles ne le sont point encore macroscopiquement, elles consistent en une hypertrophie pigmentaire initiale minime ordinairement suivie d'une atrophie partielle ou totale du pigment. Il se fait alors une leucodermie persistante dans le 2e cas ou dans le 1er cas, le plus fréquent, une hyperpigmentation. L'antagonisme profond qui existe entre le spir. pall. et le pigment cutané forme un processus biologique spécifique dû à l'action immédiate du virus de la syphilis, et non pas du processus inflammatoire. J. M.

Notthaft : **Encore une contribution à la légende de l'ancienneté de la syphilis.** (*Derm. Zeitschr.*, 1908, nº 1, p. 49.) — Ce travail intéressant aux points de vue historique et linguistique doit être lu dans l'original. J. M.

Rost : **Sur la syphilis maligne.** (*Derm. Zeitschr.* 1908, mai et juin, nos. 5 et 6.) — A propos de six cas personnels, R. décrit les formes cliniques et le traitement de la syphilis maligne. Dans l'un de ces cas, la mort survient à la suite d'une hémorrhagie par érosion de l'artère thyroïdienne supérieure droite (ulcère du pharynx). Un autre cas concernait une jeune fille vierge ; mode de contagion inconnu, probablement un chancre de l'amygdale. Dans 3 cas, R. ne put déceler de spirochætes, ni dans la peau, ni dans les muqueuses, quelle que soit la méthode employée, ce qui concorde avec les expériences de Hoffmann ; les spirochètes n'existent pas ou du moins sont très rares dans les ulcères typiques de la syphilis maligne. Certains auteurs ont déjà démontré que dans ces formes malignes, l'adénite était parfois extrêmement peu développée ; dans quelques-uns des six cas de R., surtout dans l'un, l'adénite était à peine perceptible. Dans 3 cas, il y eut des manifestations articulaires qui chez l'un des malades envahirent presque toutes les articulations et durèrent des années ; cependant la faculté du mouvement ne fut pas des plus entravée, la maladie paraît donc affecter surtout la capsule articulaire. R. rapporte les douleurs de tête, qui sont la règle dans la syphilis maligne, la stupeur, l'insomnie, la dépression la surdité, l'abasie qui existaient dans 2 cas, non pas à des processus destructeurs du cerveau, à des exanthèmes, etc. mais à l'action des toxines, à l'irritation ou à la paralysie de complexus isolés par des toxines ; la guérison rapide de ces troubles par le trai-

tement spécifique parle du reste en faveur de cette manière de voir. La ponction lombaire, pratiquée dans un cas de violents phénomènes cérébraux, démontre que la pression n'était pas accrue dans le cerveau et que le liquide céphalo-rachidien ne contenait ni leucocytes, ni spirochætes, ni bactéries : si les lésions anatomiques du cerveau étaient l'origine des phénomènes cérébraux, le liquide céphalo-rachidien serait altéré. Aucune des théories invoquées pour expliquer la cause de la malignité de la syphilis, n'a de valeur réelle. Peut-être une observation de R. en donne-t-elle une explication, R. a vu chez un malade après une injection d'oxycyanure de Hg avec arhovine (injection de Hirsch) survenir des syphilides rupiformes typiques, s'étendant du point injecté vers la périphérie, et correspondant exactement au territoire infecté, R. admet que le virus de la syphilis qui existe dans le corps a provoqué une altération générale du tissu, et que le liquide injecté produisant à son tour une nécrose, une sorte de matière malade, il en résulte la formation de rupia typique. Il est possible que les injections puissent provoquer de simples nécroses chez un individu non syphilitique; mais la production d'une cavité ostréacée sur base nécrosée de la syphilide rupiforme démontre que dans la syphilis maligne les tissus, surtout la peau, ont subi une altération spéciale et réagissent particulièrement aux spirochètes et à leurs poisons ; mais nous ignorons comment se fait cette altération des tissus. Peut-être les troubles locaux, la pression sur la peau, la mauvaise nutrition de quelques-unes de ces parties, jouent-ils un rôle prédisposant à la malignité de la syphilis. Mais ces facteurs ne se rencontrent pas dans tous les cas de syphilis maligne ; ils manquaient dans 5 ou 6 cas de l'auteur. Comme traitement local des syphilides ulcéreuses, R. recommande les pansements humides chauds avec une solution de sublimé à 1 %, qui calme bien les douleurs. L'hypérémisiation suivant la méthode de Bier paraît à recommander ; elle a permis de guérir dans un cas des ulcères de jambes dûs à une syphilis tardive. R. ne croit pas à la nocivité ni à l'efficacité du mercure dans la syphilis maligne, mais il croit que pour réussir, le mode de préparation, la gaîne, le moment de son emploi, ont beaucoup d'importance. Les sels solubles ont peu d'action. L'injection de Hirsch a échoué entre les mains de R. qui naturellement la déconseille. Le mercure colloïdal n'a pas mieux réussi. Par contre R. sut lui trouver des hautes doses d'onguent gris, autant que l'état de la peau permet son application. Il recommande surtout les sels insolubles en injections, notamment le salicylate qui est le plus faible de tous et le plus inoffensif, mais le calomel est le meilleur ; c'est lui qu'on emploie de préférence dans les cas les plus graves. On agira sur les symptômes généraux par l'iode qu'on donnera comme le mercure à hautes doses et pendant longtemps. Le traitement de Zettmann deux fois employé n'a pas donné de résultats favorables et a plutôt notamment aggravé l'état général. J. M.

Vasquez Elena : **Un cas de chancre syphilitique de la conjonctive bulbaire.** (*Rev. med. de Sevilla*, juin 1908.) — Jeune servante. Depuis 8 jours, l'œil g. est larmoyant, rouge, gonflé. Elle avait eu un mois avant un fort coryza. La paupière supérieure est légèrement œdématiée, l'œil ne peut s'ouvrir complètement, fort chemosis ; cornée enfoncée dans le bourrelet conjonctival. A travers la paupière supérieure vers l'angle interne, apparut une induration du volume d'un pois ; en ouvrant l'œil, on voit un point correspondant à l'induration, sur la conjonctive oculaire, une surface exulcérée de couleur grisâtre, tranchant sur le reste de la conjonctive enflammée et de couleur rouge violacée. Adénites préauriculaire et carotidienne. L'examen bactériologique confirme le diagnostic de syphilis. Traitement par injections de biiodure de Hg. La contamination aurait eu lieu par le mouchoir d'un domestique syphilitique dont se serait servie la malade pour sécher les larmes qu'avait provoquées le coryza. J. M.

SYPHILIS. — SÉRO-DIAGNOSTIC.

Hochne : **Le séro-diagnostic de la syphilis.** (*Derm. Zeitsch.*, mars 1908, p. 146.) — H. a essayé la réaction de Wassermann, dans les cas de syphilis et a obtenu un résultat positif dans 63,2 % des cas. Si ce résultat paraît inférieur à celui obtenu dans d'autres cliniques, cela tient à ce que H. ne considère comme résultat positif qu'un très fort arrêt de l'hémolyse en l'absence négative de tous contrôles. La valeur pratique de la réaction est certaine. J. M.

Hoffmann et Blumenthal : **Le séro-diagnostic de la syphilis et sa réalisation dans la pratique.** (*Dermatol. Zeit.*, 1908, nº 1, p. 23.) — L'importance de la réaction trouvée par Wassermann, Neisser et Bruck au moyen du sérum syphilitique est encore contestée et on ne sait pas encore au juste la nature de l'élément spécifique du sérum que l'on démontre par cette réaction. Le fait d'abord admis par Porges, puis confirmé par d'autres, à savoir que des dépôts de licithine donnent les mêmes résultats que les extraits de foie syphilitique, donne à penser que l'élément spécifique est un corps analogue aux toxines qui fait une combinaison avec la licithine comme le poison du tétanos. Si ceci se confirme, peut-être l'affinité de cet élément pour l'enveloppe des érythrocytes qui contient de la licithine joue-t-elle un rôle dans la production de l'anémie avec diminution d'hémoglobine, que l'on rencontre souvent à la période de début de la syphilis. A leur tour, les auteurs ont confirmé par leurs recherches que la réaction est moins fortement positive dans la plupart des cas de syphilis confirmée; des plus fréquentes et intenses chez les malades à phénomènes syphilitiques tardifs, à syphilis maligne ou précocement ulcéreuse, elle est plus rare à la période secondaire et des moins fréquentes à la période primitive. Parfois, elle a été même négative dans les manifestations de récidive. Le

moment d'apparition de la réaction est très variable, les A. l'ont trouvée positive une fois cinq semaines après l'infection. Dans la syphilis latente, le résultat est plus souvent négatif que dans la syphilis confirmée (12 résultats positifs sur 23 syphilitiques latents). L'action du traitement mercuriel sur le phénomène n'est pas encore bien démontrée. Sur 35 cas de contrôle, 2 ont donné un résultat positif ; l'un avait trait à une fille atteinte de psoriasis vulgaire chez laquelle il n'existait pas de signes de syphilis, bien qu'on ne pût pas éliminer à coup sûr une syphilis latente ; dans le 2e il s'agissait d'un nègre atteint de Frambœsia tropica. Il n'est pas étonnant que dans une affection aussi voisine de la syphilis, la réaction ait été positive, en raison de la similitude des agents producteurs. Pour les A. la réaction de Wassermann réunit toutes les conditions demandées pour un séro-diagnostic. Il est à présumer que cette réaction n'est positive que tant que le processus morbide n'est pas encore tout à fait éteint. Mais cela ne veut pas dire qu'avec un résultat positif même au sens clinique, il doive y avoir encore de la syphilis, parce que la production de l'élément positif peut survenir quelque temps au processus morbide spécial et qu'il n'est pas démontré que chez les gens à réaction positive, il doive s'ensuivre des phénomènes syphilitiques ou parasyphilitiques. Le résultat de la réaction fixe encore bien moins sur le degré de l'infection ; on ne peut s'en servir pour permettre le mariage; au point de vue pratique la réaction est utile pour l'examen, le choix des nourrices et des bonnes d'enfants, pour la surveillance des prostituées, pour la prophylaxie générale de la syphilis, surtout pour le diagnostic des maladies douteuses particulièrement des organes internes et du système nerveux. Pourtant ici cette réaction ne doit pas être regardée comme décisive ; ce n'est qu'un adjuvant de l'examen clinique car le résultat positif de la réaction ne prouve que l'existence de la syphilis en général mais non pas la nature syphilitique d'un foyer morbide isolé comme une tumeur développée sur base syphilitique. Il faut toujours examiner attentivement les résultats négatifs. En dermatologie, la réaction peut servir au diagnostic des manifestations secondaires anormales, dans les leucodermies atypiques, les alopécies et surtout dans les syphilides lupoïdes et scrofuloïdes et les autres manifestations tardives. Lorsque les phénomènes cliniques de syphilis font absolument défaut, quand l'anamnèse manque de précision par exemple chez des gens qui n'ont eu qu'un chancre de forme douteuse, la réaction est actuellement le seul moyen que nous ayons de savoir s'il s'agit réellement de syphilis. Elle est d'un grand intérêt pratique et scientifique dans les cas d'excision précoce du chancre avec persistance de phénomènes secondaires. Elle sert à déceler les syphilis latentes dans les familles dont un membre a été atteint de syphilis, elle est surtout pratique chez les femmes enceintes. Elle permettra de déterminer le bien ou le mal fondé de la loi de Colle. On pourra examiner avec elle à plusieurs reprises les enfants de parents syphilitiques sans manifestations positives (syphilis hérédi-

taire tardive), enfin elle permettra de savoir si une syphilis est véritablement guérie ou si elle demande la continuation du traitement.
J. M.

PROSTITUTION — PROPHYLAXIE.

HAMMER : **Protection légale des nourrices.** (*Z. f. Bek. d. Geschl.*, Bd VIII, nº 4, p. 151, 1908.) — Il arrive souvent qu'on demande une nourrice, la mère ou l'enfant étant syphilitiques. La nourrice doit donc être protégée. Il faut exiger l'examen obligatoire des parents et de l'enfant ;le médecin de l'établissement doit éclairer la nourrice sur ces droits, les parents doivent être fixés par lui sur la responsabilité qu'ils encourent, les peines auxquelles ils s'exposent en cachant au médecin de l'état civil l'existence d'une maladie syphilitique ou en acceptant une nourrice sans examen préalable de ce fonctionnaire. J. M.

HECHT : **Extension des maladies sexuelles dans les Ecoles intermédiaires.** (*Zeitschrift f. Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten*, Band. VIII, nº 3, 1908.)— D'après la statistique personnelle de l'A. sur 3.709 bacheliers, il y aurait 295 malades, soit 7,9 %, avant de quitter l'école. L'A. conseille d'apprendre aux élèves l'hygiène, recommande les sports et la privation de l'alcool. J. M.

SCHERBER : **La syphilis extragénitale.** (*Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten*, Bd. VIII, nº 5, 1908.) — Le professeur Finger a soigné de 1901 à 1907, 2652 syphilitiques hommes dont 1.610 étaient porteurs de chancres ; 42 étaient extra-génitaux, soit 2.4 %. Les femmes étaient au nombre de 2.865 ; 359 avaient des chancres aux parties génitales, 51 extragénitaux sur 47 cas (3.6 %). La plus jeune malade avait 4 ans, la plus âgée 63 ans. L'âge moyen des accidents extragénitaux varie de 20 à 30 ans. Le mode de contagion varie ; le baiser est le plus fréquent. La syphilis par infection extra-génitale n'est pas plus grave. La partie clinique de ce travail n'apprend rien de nouveau. Bibliographie assez étendue. J. M.

DE SALVADOR V. DE CASTRO : **Evolution de la prostitution en Espagne** (*Rev. Espan. de Derm. y Sif.*, mai 1908, p. 197.) — Les essais de réglementation de la prostitution en Espagne remontent au XIII siècle, sous le règne d'Alphonse X le Sage. Don Jaime de Aragon continue ses errements au XVIe siècle (parcage des prostituées, visite médicale hebdomadaire). Philippe II (1575) s'est préoccupé de l'hospitalisation des femmes publiques. La loi passe même de la dureté à la rigueur, de Philippe III (1611) à Philippe IV (1623). Ce dernier défendit avec les peines les plus sévères la prostitution. La tolérance revient avec Philippe V au XVIIIe siècle. En 1822, les Cortès essayèrent de tolérer la prostitution en la règlementant. En 1865, le gouvernement décrète une visite hebdomadaire, mais aucune loi n'interdit la prostitution. Les mesures de police (inscription sur les

registres, visite obligatoire, hospitalisation faite en cas de maladie) se rapprochent des mesures pratiquées chez nous. Pour 120.000 habitants, Madrid avait en 1902, 1500 femmes inscrites (1 femme prostituée pour 346 habitants). Il faut y ajouter la prostitution clandestine et on verra l'importance du danger social qui menace l'Espagne. Malgré les vicissitudes publiques, depuis son désastre colonial, l'Espagne semble entrée dans la voie de la réforme. La création d'asiles de repenties n'a donné aucun résultat. Il n'en est pas de même de la ligue contre la traite des blanches. L'amélioration se manifeste depuis 1900, mais les statistiques des maladies vénériennes ne sont pas absolument exactes. On peut cependant admettre que de 1891 à 1900 la mortalité par syphilis a augmenté à Orense, Pamplona, Salamanta et Zamora. J. M.

TRAITEMENT DE LA SYPHILIS.

FÜSTER : **Les eaux minérales d'Archena dans le traitement de la syphilis.** (*Rev. Espan. de Derm. y. Sif.* mai 1908.) — Le traitement thermal est un complément et un auxiliaire utile, parfois même nécessaire, du traitement mercuriel. Les eaux d'Archena, chlorurées, sodiques, sulfureuses, thermales et hyperthermales, sont à recommander toutes les fois que le traitement spécifique n'a pas donné de résultats, soit que l'organisme ne le tolère pas, ou qu'il en soit sursaturé, dans les cas de complications rhumatismales, herpétiques, scrofuleuses, anémiques ou nerveuses. Elles sont même indiquées dans les cas normaux en raison de leur action reconstituante ; elles favorisent autant l'absorption que l'élimination du mercure. Le climat est excellent et on peut regretter le défaut d'une installation hivernale. Contre-indications : les états fébriles, les affections cardiaques non compensées, les maladies organiques, la surexcitabilité nerveuse. La durée du traitement ne peut être fixée que par le médecin. Les malades l'abrègent trop souvent sans motifs plausibles. J. M.

KROMAYER : **Le traitement mercuriel avec la marque le Merkalator de Beiersdorf comparé avec autres modes de traitements en usage.** (*Mon. f. prakt. Derm.*, 1908, Bd 46, nº 10, p. 475.) — Comparant l'excrétion du mercure dans l'urine par la cure de frictions, d'injections sous-cutanées et d'inhalations avec la marque Merkalator de Beiersdorf, K. conclut : la quantité de mercure excrété dans l'urine ne dépend pas uniquement de la quantité de mercure absorbé par jour, mais aussi de la rapidité de l'absorption. Plus elle est rapide, plus grande est l'excrétion consécutive. Les méthodes d'incorporation avec absorption et excrétion rapides sont moins valables que celles à l'absorption graduelle et excrétion lente : celles-ci maintiennent plus longtemps le mercure. Les injections intraveineuses de sublimé de Baccelli ne sont pas pratiques en raison de leur danger ; théoriquement, elles donnent à penser en raison de la rapide excré-

tion du mercure. Les grosses quantités de salicylate de mercure en injections à intervalles espacés sont moins actives que de petites injections quotidiennes. La cure de friction a l'avantage sur les injections de salicylate de la résorption lente, de l'excrétion progressive, de la rétention prolongée du mercure. Le traitement au Merkalator réunit les avantages de la cure de frictions à l'action rapide des injections au salicylate. J. M.

MAYER : **A propos des injections mercurielles intramusculaires indolores, avec considérations spéciales sur un glycérate de soude et de mercure.** (*Mon. f. pr. Derm.*, 15 juin 1908.) — M. a recherché une préparation qui ne laisse aucune réaction au siège de l'injection, pénètre dans le sang sans altérer tout en contenant assez de mercure pour ne produire aucun phénomène surajouté, tout en donnant de rapides résultats curatifs. Il a cru trouver la réalisation de ce postulatum dans le Mergandol, solution qui contient par c.c. de glycérine 0 gr. 0035 de Hg, dissous dans la glycérine, le glycéré de soude amorphe paraît stable. Le mercure n'est ainsi précipité ni par les acides, ni par les bases ; l'albumine n'est nullement altérée ni précipitée par le solution. L'A. injecte tous les deux jours 2 c.c. dans le muscle fessier et fait 20 injections par traitement. Il se sert, pour les faire, d'aiguilles en platine iridié de 3 à 3,5 cm. de long, à aiguilles minces, les aiguilles d'acier ordinaires s'oxydant rapidement, on stérilisera seringue et aiguille à l'ébullition avant l'injection, on lavera à l'étuve, après. Pas de douleurs, ni indurations, ni infiltration. 6 observations à l'appui. L'A. recommande de pratiquer l'injection lentement et de retirer pendant l'injection graduellement l'aiguille d'un demi-centimètre. J. M.

NAGELSCHMIDT : **Sur le traitement mercuriel de la syphilis.** (*Derm. Zeitschr.*, mars 1908, p. 154.) — N. a traité 103 cas de syphilis par le mergal. Il en déduit les conclusions suivantes : le mercure est facile à doser dans le mergal, les doses qui pénètrent dans la circulation sont plus sûrement déterminées qu'avec n'importe quel autre mode de traitement, en exceptant peut-être l'injection intra-veineuse de sublimé qu'il est difficile d'employer. Cette méthode est sans danger et aussi commode à appliquer que n'importe laquelle. Le mercure est rapidement résorbé et en quantité relativement élevée ; son action est prolongée. Le mergal possède toutes les propriétés d'un bon antisyphilitique intense. Son action est suffisamment intense ; il n'irrite pas l'intestin. Sa valeur s'est montrée dans 103 cas de syphilis à différentes périodes, même dans les formes malignes. L'A n'en a pas encore observés qui aient résisté au mergal. Le mergal réunit aux avantages du salicylate de mercure, la résorption puissante et rapide jointe à la longueur d'action des autres préparations insolubles. La comparaison de l'efficacité des hautes doses (15 capsules par jour) avec le calomel en application intra-musculaire, sa valeur dans les cas de syphilis de chronicité exagérée ont

encore besoin d'observations ultérieures, pour être bien fixées. La dose habituelle est de 6 à 8 capsules par jour, et il faut de 300 à 350 capsules pour un traitement. J. M.

POROSZ : **Traitement de la syphilis par les injections d'énésoline** (*Mon. f. pr. Derm.*, 15 juin 1908, p. 586.) —Ces injections sont absolument indolores et ne laissent aucune infiltration : elles ne sont pas du tout toxiques ; l'A. a pu en donner tous les jours pendant 30 jours sans interrompre. La guérison a toujours été rapide. La dose est de 2 c.c. par injection. Aiguilles minces de platine iridié. Commencer par nettoyer la peau des fesses à l'éther, faire arrêter la piqûre bien verticalement. Clin donne le produit dans les ampoules stérilisées de 2 c. c. L'énésol contient 38.46 % de mercure. La résorption est beaucoup plus rapide qu'avec le sublimé. L'énésol est un composé d'arsenic et de mercure. J. M.

HEINHAÜSER : **Courte note sur les injections de salicylate de mercure.** (*Derm. cent.*, juillet 1908, p. 293.)— Pour éviter la douleur et les injections, S. emploie comme véhicule l'huile d'olives préparée suivant la méthode du français Gilbert, par évaporation dans l'alcool absolu jusqu'à disparition des acides gras. J. M.

SYPHILIS EXPÉRIMENTALE,

GROUVEN : **A propos de la syphilis généralisée cliniquement décelable chez le lapin.** (*Derm. Zeitschr.*, 1908, avril, p. 209.) —G. a récemment observé de nouveau la venue de phénomènes généraux chez un lapin inoculé de syphilis à l'intérieur de l'œil. Les symptômes observés furent : la chute des poils, le mauvais état de la nutrition, des phénomènes de dyspnée, la formation de rhagades et d'infiltrats aux ailes du nez et une kératite droite, 11 mois après l'inoculation ; on démontra dans les infiltrats des spirochætes pâles en quantité modérée ; la kératite (d'inoculation) était d'origine vraisemblablement hématogène, l'œil n'ayant présenté aucune lésion après l'inoculation. Au bout de 14 mois 1 /2, l'animal présente outre la dépilation et la dyspnée, à la face inférieure du prépuce un infiltrat gros comme un pfennig, rond, élevé, ulcéré au centre, dur, papuleux, à bord rouge livide relevé et centre croûteux, l'infiltrat ressemblait macroscopiquement à une papule syphilitique secondaire hypertrophique et se présentait au microscope comme du tissu de granulation avec tous les caractères des altérations syphilitiques. Spirochætes assez nombreux sur frottis et plus nombreux encore dans les coupes imprégnées suivant la méthode de Levaditi ; la plupart se rencontraient dans les parois et le pourtour des vaisseaux sanguins et dans l'intérieur des vaisseaux entre les globules sanguins et dans les thrombus qui obstruaient quelques vaisseaux, ils existaient en grandes quantités. Il n'y en avait pas par contre dans l'épiderme du bord de la papule ; il n'y en avait guère dans le

derme sous-jacent et on en rencontrait surtout dans la paroi et l'intérieur des vaisseaux sanguins. Il s'agissait d'une papule syphilitique secondaire d'origine hématogène, comme l'examen le démontre et il est indubitable que les phénomènes précédemment observés étaient les manifestations d'une contagion syphilitique générale de l'annisol. Pas de spirochætes jusqu'ici dans le sang non encore complètement examiné. On a inoculé un macaque avec une partie de la papule excisée. G. en donnera plus tard le résultat. J. M.

Hoffmann : **Remarques sur le travail de Saudman « sur l'inoculation de restes d'efflorescences syphilitiques».** (*Derm. Zeitsch.*, 190., p. 292.) — H. a également obtenu plusieurs fois des résultats positifs dans les inoculations avec des efflorescences excisées en régression et après traitement mercuriel. Il a même pu, par l'éclairage du champ obscur dans des cicatrices de chancres récents ou anciens, chez des syphilitiques n'ayant pas encore subi le traitement spécifique, dans des résidus d'exanthèmes, dans des efflorescences en voie de régression de la peau et des muqueuses, pendant et après des traitements au mercure et à l'atoxyl, enfin chez des syphilitiques latents pendant la période de début sur les amygdales (surtout par grattage), déceler des spirochætes pâles typiques. La présence de ces spir. pendant la période de début, sur des amygdales d'apparence normale,a son importance relativement à l'infectuosité de la syphilis à la période de latence. La présence de spiroch. dans des cicatrices infectées de chancres a une grande importance diagnostique. Le danger d'infection par restes de chancres ou d'exanthèmes revêtus de leur couche cornée, c'est-à-dire fermés, est minime ; il l'est beaucoup moins avec les résidus d'efflorescences des muqueuses. Dans les papules dites secondaires tardives, dans les ornières des organes génitaux et de la bouche (six ans et plus après l'injection), on trouve des spiroch. pall. vivants, parfois en abondance. J. M.

Krzystalowicz et Siedlecki : **Le spirochæte pallida dans les efflorescences syphilitiques et la syphilis expérimentale.** — Les A. ont examiné 150 cas de syphilis à ses différentes périodes et à manifestations diverses. Leurs recherches ont confirmé les résultats déjà connus. Le nombre de spirochætes trouvés varie beaucoup, indépendamment de la forme des accidents et de l'époque à laquelle on fait l'examen. Ils sont nombreux tant que l'infiltration augmente et diminuent avec elle. La grandeur et la qualité de l'ulcération chancreuse n'ont aucune influence sur le nombre des spirochætes. Ce nombre dépend surtout de la durée de l'infiltration. La localisation n'a aucune importance ; il n'en est pas de même de l'usage des antiseptiques, qui entravent leur développement. Ils sont d'autant plus abondants dans les papules qu'elles sont plus jeunes. On les trouve presque aussi nombreux dans les condylomes plats que dans les chancres et beaucoup plus que dans les papules sèches ; mais ils

diminuent de quantité dès que le condylome se recouvre d'épithélium, ce qui paraît contredire l'assertion que le degré d'ulcération n'aurait pas d'influence sur le nombre des spirochætes ; mais la contradiction n'est qu'apparente, les condylomes plats ne siègent que sur les points irrités hyperémiés. C'est l'irritation et non l'ulcération qui développe ici le parasite. La forme et l'épaisseur du parasite varient avec l'époque des accidents, avec l'évolution des efflorescences. Au point de vue de la syphilis expérimentale, sur 9 singes inoculés, six ont donné des résultats positifs, les uns avec efflorescences à évolution rapide, les autres à réaction chronique, le nodule primitif s'étendant dans le voisinage, mais l'existence du spirochæte a pu être décelée dans tous les cas ; ils étaient seulement moins nombreux dans les nodules abortifs que dans les infiltrats bien développés. Ils ont même forme et même grandeur que dans les efflorescences de l'homme, on trouve aussi comme chez lui, des spirochætes altérés. Les ganglions étaient intéressés : donc chez les singes inférieurs, le virus peut se généraliser, comme l'avait dit Neisser. J.M.

Neisser : **Contribution à l'étude de la syphilis du lapin.** (*Derm. Zeitschr*, 1908, nº 2, p. 73.) — Après avoir donné quelques remarques sur la syphilis du singe. N. s'élève contre les assertions de Siégel relatives à la possibilité d'infection sous-cutanée chez le singe et à la possibilité de contagion générale de la syphilis chez le lapin, que Siégel veut avoir démontrée par ses inoculations du singe avec des organes de ses lapins d'expérience. Siégel a tort d'invoquer à l'appui de ses conclusions sur la syphilis du lapin, certains points du travail de Neisser sur l'état actuel de la syphilis expérimentale. N. a cherché à inoculer de nombreux lapins tant par voie sous-cutanée que par voie intra-veineuse, mais l'inoculation des organes de ces lapins au singe est toujours restée négative. Grouven semble être arrivé à produire la syphilis générale chez un lapin par inoculation intra-oculaire. Mais, d'ailleurs récemment, on a pu obtenir la syphilisation généralisée du lapin par l'injection de matière virulente dans le testicule. Chez les singes inoculés avec les organes de lapins ainsi traités, on a constaté à plusieurs reprises la présence d'accidents primaires typiques. Ce fait n'a pas grande importance parce qu'il n'existe pas chez le lapin de phénomènes caractéristiques et que le résultat de l'inoculation ne peut être affirmé que par la réinoculation des organes. Les essais d'inoculation du mouton et de la chèvre par les organes génitaux sont restés jusqu'ici infructueux ; on obtiendra peut-être un résultat positif, si l'on peut arriver à éviter artificiellement la formation d'une forte leucocytose autour du siège de l'inoculation. J. M.

Saudmann : **Inoculation avec des restes d'efflorescences syphilitiques.** (*Derm. Zeitsch.*, 1908, nº 5, p. 289.) — S. a inoculé à des singes des parties de tissus provenant de parties qui avaient été le siège d'efflorescences syphilitiques, un temps plus ou moins long après

guérison, les unes pendant, les autres après traitement spécifique, le résultat a été positif en 9 cas ; dans 8, le matériel d'inoculation provenait de chancres guéris et dans un d'une papule guérie. De ces expériences il résulte que : dans les restes d'une efflorescence syphilitique en apparence guérie, le virus peut rester des mois et des années absolument vivace, bien que le malade soit resté pendant ce temps sans présenter de symptômes. Un pareil foyer peut être virulent aussi bien immédiatement que longtemps après la terminaison d'un ou plusieurs traitements généraux intenses au mercure, même avec traitement local concomitant. Ceci arrive même après achèvement du traitement par l'atoxyl suivi du traitement mercuriel. Ces recherches donnent une réponse, bien qu'incomplète, à la question de savoir si le siège du virus pendant le temps où le malade ne présente plus de symptômes, est bien l'origine des récidives. Elles expliquent ce fait qu'une personne, ne présentant plus de symptômes,peut en infecter une autre, et nous défendent de renvoyer de l'hôpital un malade même ne présentant plus de symptômes macroscopiques après son traitement, comme ne présentant plus le danger de contagion. Elles indiquent l'importance du traitement local (l'excision par exemple), par destruction des grands foyers, qui même guéris peuvent être le point de départ de récidives. J. M.

BLENNORRHAGIE — GONOCOQUE

Heinze : **Traitement de l'épididymite blennorrhagique par la ponction.** (*Derm. Zeitsch.* mars 1908, p. 141.) — H. a traité 27 cas d'épididymite blennorrhagique par la ponction de l'épididyme, et a obtenu d'excellents résultats. Les douleurs cessaient presque instantanément, la fièvre diminuait, disparaissait très vite, la durée du traitement était presque de moitié moindre que dans les cas non ponctionnés ; elle dura en moyenne 11 jours ; les infiltrats furent beaucoup plus rares qu'avec d'autres traitements. Le liquide aspiré ne montra que dans 15 cas sur 27 des corpuscules de pus, 12 fois quelques simples gouttes d'un liquide séreux ou du sang. La ponction réussit en décomprimant ; la guérison est d'autant plus rapide que la décompression produit une meilleure circulation avec résorption consécutive. Le danger d'adhérences et d'atrésie du canal de l'épididyme est moindre que les avantages de la méthode ; mais pour le diminuer encore, H. ne ponctionne généralement qu'une fois. L'anesthésie est inutile, la douleur est minime. La ponction se fait au point fluctuant ou particulièrement douloureux, s'il n'en existe pas, dans la région de la queue de l'épididyme. Après la ponction, on garde les malades au lit, on recouvre le scrotum d'une compresse de Prissnitz, on prescrit le port d'un suspensoir de Neisser et un sac de sable chaud. J. M.

Jordan : **Sur la production d'un sillon transverse des ongles après arthrite blennorrhagique.** (*Derm. Zeit.*, juin 1908, p. 378.) — F., 32 ans, souffrant depuis 3 mois d'un gonflement de la main dr. avec

fièvre, avec ankylose consécutive de l'articulation du poignet dr. Tous les ongles de la main dr. présentent un sillon brun transversal à 1 cm. du rebord postérieur de l'ongle ; les ongles présentent en outre une cannelure longitudinale. Rien à la main gauche ni aux orteils. L'arthrite serait de nature blennorrhagique, or, le sillon transverse de l'ongle a déjà été observé à la suite de différents processus fébriles ; mais ce qui fait l'intérêt du cas, c'est que la lésion était unilatérale et que les sillons étaient pigmentés en brun. Les sillons pendant le cours de l'observation se sont remarquablement rapprochés du bord externe de l'ongle. J. M.

P. Martin : **Prophylaxie de la blennorrhagie.** (*Siglo medico*, 1908.) — Pour éviter la blenn., l'essentiel est d'empêcher la pénétration jusqu'à l'épithélium génito-urinaire de l'agent causal. L'A. donne à ce sujet des conseils hygiéniques depuis longtemps connus. Il recommande comme la meilleure solution antiseptique prophylactique, le protargol. J. M.

Orlowski : **Le catarrhe post-blennorrhagique.** (*Mon. f. p. Derm*, 1908, Bd. 46, n° 11, p. 542.) — O. veut parler du catarrhe muqueux ou épithélio-muqueux, la pseudo-gonorrhée de Finger, dont l'origine serait due suivant lui à une métaplasie en foyers de l'épithélium cylindrique de la muqueuse en épithélium pavimenteux. O. en distingue 2 formes : l'une correspondant au type décrit par Finger avec bactéries et épithéliums (catarrhe muco-épithélial) ; l'autre, à écoulement muqueux, ne contenant que très peu d'éléments corpusculaires, épithéliums, leucocytes et presque jamais de bactéries, et dû peut-être à une prédisposition individuelle. L'A. traite la première par les badigeonnages de toute la muqueuse à la teinture d'iode. La 2e, sorte de catarrhe, est muco-purulente (globules de pus, mais jamais de bactéries et très peu d'épithéliums), le catarrhe peut s'aggraver sans motif et peut ainsi simuler une blennorrhagie aiguë. Le traitement local reste sans effet. Il serait dû à des irritations réitérées. J. M.

Pérez Cano : **Accidents blennorrhagiques dus au traitement.** (*Bol. ofic. del Coleg. de med. de la Prov. de Almeria*, mai 1908.) — Pour être rationnelle, la thérapeutique de la blenn. doit être méthodique et se rapporter à l'évolution de la maladie. Les accidents ne sont dus qu'à des imprudences dans le traitement ; ils sont contemporains et disparaissent avec la suspension du mode de traitement employé. J. M.

Pinkus : **Contribution à la statistique de l'infection blennorrhagique.** (*M. f. p. D.*, 1908, Bd 46, p° 10, p. 488.) — Sur 3339 malades traités de 1903 à 1907, on a pu retrouver l'origine de la contagion 2.512 fois. Parmi ces 2.512 malades figurent 1.350 filles soumises (52.74 %) et 221 (9.8 %) prostituées clandestines. Parmi les 857



cas restants, 321 raccrocheuses, 129 filles de services, 120 ouvri de fabriques, 180 ouvrières, 20 actrices, 39 filles sans profession, bitant chez leurs parents, 39 fiancées ou parentes, 70 à profes inconnue, 20 femmes mariées, 24 veuves ou divorcées, 1 paysan 1 institutrice, 1 arabe, 1 homme (homosexuel). Dans les cas m quants, il s'agissait de récidives ou d'infections conjugales. Sur 2 blennorrh. hommes, il y a eu 852 uréthrites postér. (30,32 $^{o}{}_{o}$) et 3.339, 415 épididymites soit 12.46 % ; sur 825 uréthrites postér res, l'épididymite existait 360 fois soit 42.25 % ; l'épididymite s produite 178 fois dans le traitement, soit 5,33 $^{o}{}_{o}$. Parmi les autr complications, on a noté l'œdème du prépuce 40 fois sur 2.665, para et la péri-uréthrite 46 fois, les abcès de la prostate 22 fois, la n phrite 5, l'épisclérite 1 fois, le rhumatisme 16 fois, le rétrécissem 25 fois. Les femmes traitées ont été beaucoup moins nombreus que les hommes(119), on y trouve 5 vulvo-vaginites infantiles et 1 ch une vieille femme. Parmi les 1.487 cas de blen. des deux derni années, on avait au moins 84 hommes mariés. Le traitement d l'uréthrite antérieure a été purement local (injections, lavages, jusqu'en 1906, on a employé le protargol, puis l'ichtargan. Dans à peu près 100 cas d'insuccès, on l'a remplacé par le sulfate de zin le sozoiodalate et l'albargine. Les balsamiques ont paru ineffica dans l'uréthrite antérieure. Le santyl a paru bon, dans l'uréthr postérieure, il est sans action sur l'estomac. L'auteur n'a jam vu disparaître la blenn. par les balsamiques, le santyl, le gonos Quand ils manquaient, c'est qu'il s'était agi soit d'uréthrite san gonocoques ou de cas incertains, mais jamais d'infection récente primitive. J. M.

SCHINDLER ; **Du traitement de l'épididymite blennorrhagique par la ponction.** (*Derm. Zeitsch.*, juin 1908, p. 375.) — Dans la plupar des cas, une seule ponction suffit ; si l'on n'obtient pas d'effet suffi sant on peut la répéter. Mais avant de ponctionner l'épididyme il faut ponctionner l'hydrocèle inflammatoire qui existe ordinaire ment, pour mieux dégager l'épididyme et détendre les tissus. Sch. a vu une fois se produire un hématome à la suite de la ponction ; il s'est du reste résorbé, mais on doit prévenir le malade de la pos sibilité de cette complication. J. M.

DERMATOLOGIE — VARIA

BURGSDORF : **A propos des idiosyncrasies cutanées.** (*Derm. Zeitschr.* nov. 1907, p. 675.) — Une institutrice, âgée de 20 ans, ne pouvait absorber la plus petite quantité de blanc d'œuf, sans avoir de l'urti caire. Un jour, il se produisit de la rougeur, du prurit, de l'urticaire, de l'œdème de la face sans absorption préalable connue de blanc d'œuf. L'enquête démontra que la malade avait bu l'eau d'une ca rafe dans laquelle on découvrit des traces d'œuf. Quelques mois plus tard, B. traita cette même malade pour une dépilation du cuir

chevelu, par des applications externes de jaunes d'œufs. Les accidents précédents se reproduisirent, l'application externe eut donc les mêmes inconvénients que l'absorption à l'intérieur. J. M.

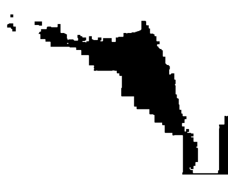
CILIANO : **Eléidine.** (*Mon. f. pr. Derm.* 1908, Bd 46, n° 9, p. 435.)— Les derniers travaux d'Unna ont démontré que l'éléidine n'est sûrement pas une graisse de cholestérine. C. est arrivé par des méthodes spéciales à prouver que l'éléidine est une véritable albumine, ne contenant aucune combinaison graisseuse. Le détail des opérations est à lire dans l'original. J. M.

DIETRICH AMENDE : **Deux cas de boutons de vaccin primitif chez l'homme.** (*Derm. Centralbl.*, juillet 1908, p. 291.) — 1er *Cas.* — Paysanne présentant un état fébrile avec insomnie. Sur le dos de la main droite et sur le côté de l'extension de l'avant-bras droit, on voit 8 efflorescences variant comme grandeur d'une pièce de 0,20 à 0 fr. 50, à base infiltrée, dépassant de 5 mm. la peau saine, d'une dureté élastique. La surface, irrégulièrement crevassée, est couverte de pustules plates dont le contenu bleu noir s'aperçoit à travers l'épiderme intact. Elle avait des vaches probablement malades, au moins très agitées. Pas d'autres renseignements. — 2e *Cas.* — Fille de ferme, 24 ans. Les mains et les avant-bras sont pris de la même façon que chez la malade précédente. Elle avait trait une vache dont le pis était malade. Les efflorescences au nombre de 10 à droite et de 12 à gauche sont disposées en ligne droite par 2 ou 3 ; elles sont identiques à celles du 1er cas. Dans les deux observations, un pansement antiseptique et le salicylate de soude à l'intérieur ont promptement amené la guérison. J. M.

LASSAR : **La dermatologie et ses rapports avec la médecine générale.** (Discours annuel prononcé à Londres le 22 mai 1907, sur l'invitation de la Société Dermatologique de Grande-Bretagne et Irlande. Résumé.) — L. démontre quels progrès a fait notre spécialité depuis trente ans, moment où il débutait comme dermatologiste à Berlin, tant au point de vue du diagnostic que du traitement. Il insiste sur l'importance de ces études, leur attrait. Au point de vue de l'histologie, L. définit l'irritation : la réponse d'une partie de l'organisme lésé à une irritation exagérée, liée elle-même à la disposition du moment, à la constitution de l'individu, à l'état dans lequel il se trouve, à ses habitudes, aux circonstances physiques ou chimiques qui accroissent ou diminuent la résistance. Pour comprendre le processus inflammatoire, il faut d'abord étudier la cause de la maladie. A propos de l'eczéma, L. insiste sur l'importance du prurit, sur la nécessité du traitement antiseptique. Les maladies de la peau ne sont pas toutes purement locales ; les défauts de nutrition, d'assimilation, y jouent un rôle, par exemple dans le prurigo, dont l'origine est un trouble de la digestion et qui finit par retentir sur l'état général. Mêmes rapports existent entre l'acné et la digestion. D'où nécessité d'un traitement interne approprié, en dehors

du traitement local. Le prurit génital peut être dû ou non au di- bète. Là, encore, le régime est indispensable à joindre au traitem- externe. A l'intérieur, l'arsenic est plus judicieusement empl- qu'autrefois, ses indications sont mieux déterminées. Au début d tumeurs, il donne de bons résultats, quelle que soit la préparat- employée pour réussir, mais le traitement doit être précoce, comm- le diagnostic du reste ; et à ce propos, L. décrit le mode d'envah- sement des tumeurs de la peau, puis rappelle l'importance de la r- diothérapie et des rayons X dans le cancer cutané. Dans le lich- ruber, L. a employé l'atoxyl avec succès ; il en a également obtenu bons résultats dans la maladie de Dühring, certains pemphigus, l xanthome diabétique et les urines. De son action contre le tryp- nosome, L. a pensé à l'employer contre le spirochæte de Schaudinn dans la syphilis ; c'est un nouveau remède à ajouter au mercure e' aux iodures. La dermatologie a ainsi de nombreux rapports avec l médecine générale. Au point de vue de la tuberculose, L. croit qu le sérum des lupiques doit contenir le remède tant cherché contre c fléau de l'humanité. La tuberculine de Koch n'agit vraiment bien que contre la tuberculose fongueuse de la peau. L'hétol, dérivé du baume du Pérou, réussit bien dans le traitement des ulcères tuber- culeux et de la tuberculose testiculaire. La dermatologie perme- plus de recherches que n'importe quelle autre branche de la mé- decine, parce qu'elle touche à toutes les frontières. Le dermato- giste doit être un bon histologiste et un parfait anatomiste pour pouvoir dépister ce protée morbide qu'est la syphilis. L'hygiène de la peau nous met en rapports avec la physiologie et la prophylaxi générale nous oblige à connaître l'hygiène générale ; toutes les pro- fessions nous intéressent, parce qu'elles ont une répercussion sur la peau. Les maladies vénériennes, la lèpre, les tumeurs ,l'infection, le traumatisme nous obligent à connaître toutes les branches de l'art médical, de la pharmacologie à l'étude des maladies mentales, de l'embryologie aux plus délicats problèmes de la thérapeutique. La dermatologie nous donne un reflet de toute la science-mère dont elle n'est qu'une émanation. C'est notre honneur et notre gloire qui nous donnent le droit de réclamer notre place parmi les pionniers de la science et le courage de continuer notre œuvre. Vive la Derma- tologie ! J. M.

PINKUS : **Histologie de taches blanches déprimées survenues au cours d'une érythrodermie généralisée.** (*Derm. Zeitsch.*, novembre 1907. p. 669.) — Au niveau des taches, l'épiderme est aminci : la couche cornée friable, sans hyperkératose ; mitoses rares, corps mu- queux atrophié, tissu conjonctif à peu près sain. *Au pourtour* des taches, l'épithélium est épaissi, les papilles sont augmentées et il existe, au pourtour des vaisseaux, des infiltrats abondants de plas- mazellen. Peut-être la tache blanche indiquerait-elle un processus de guérison avec rétraction cicatricielle. Quant à la nature de l'éry- throdermie observée, P. ne se prononce pas. J. M.



ALTÉRATIONS DES ONGLES ET DES PIEDS.

Arndt : **De quelques formes d'alopécie cicatricielle. Diagnostic et traitement.** (*Derm. Zeitschr.*, 1908, n° 2, p. 80.) — Il existe un groupe de processus relativement rares qui aboutissent à une alopécie cicatricielle du cuir chevelu ou de la barbe, dont l'étiologie et la pathogénie sont entièrement enveloppées d'obscurités et dont l'histoire clinique est identique ; début par de très légères lésions de nature inflammatoire dans le pourtour du follicule (rougeur, desquamation,formation de nodules ou de pustules),tendance à la formation de plaques qui guérissent au centre avec évidente formation de cicatrices et progressent par la périphérie, extraordinaire chronicité du processus très rebelle aux traitements. A ce groupe appartiennent la pseudo-pelade de Brocq, l'ulérythème sycosiforme d'Unna, l'acné décalvante de Lailler et Robert, la folliculite dépilante de Quinquand, les alopécies cicatricielles innominées de Besnier.A. en donne une bonne description, fait le diagnostic des différentes alopécies innominées d'avec la pseudo-pelade et l'ulérythème et d'avec la forme de favus que l'on rencontre avec une alopécie cicatricielle en plaques avec folliculite périphérique chronique ; on a du reste regardé longtemps l'acné décalvante comme un favus atypique. Le pronostic et le traitement sont les mêmes. Pronostic sévère, guérison impossible, on a ordonné comme palliatif les lavages savonneux, la pâte de zinc soufrée ou résorcinée, mais la marche du processus est progressivement fatale. J. M.

Adamson : **Etiologie de la trichorrexie noueuse.** (*Brit. Journ. of Derm.*, 1907, p. 99.) — Adeptant l'idée émise par Wilson (1849) et s'appuyant sur deux cas nouveaux, Adamson attribue la brisure, les nœuds des cheveux à un traumatisme mécanique sur un cheveu dont la nutrition est défectueuse. Il est absolument inutile de chercher de microbe spécial au siège de la fracture. Le trouble nutritif peut être dû à différentes causes (mauvaise nutrition générale, trouble de la fonction papillaire, trichophyne, action prolongée de l'eau et du savon). J. M.

Jordan : **Cas de dentelure spéciale des ongles.** (*Derm. Zeitsch.*, 1908, n° 1, p. 47.) — F., 21 ans. Sur 4 des ongles de la main droite, dentelure verticale plus ou moins caractérisée, donnant aux ongles un aspect festonné ; au pouce g., le plus atteint, près du bord libre, dépression plus blanchâtre en forme de fossette. Suivant J., cette excavation, qui manque aux autres ongles malades, serait postérieur à la dentelure. Autrement, les ongles sont normaux et ne montrent qu'une tendance à diffuser sur leur bord libre.Cette affection doit être nettement distinguée de la keilonychie. J. M.

Macleod : **Un cas de nouure des cheveux.** (*Brit. Journ. of Derm.*, 1[illegible] 40.) — Cingalaise, de 13 ans. Les cheveux ne peuvent at-[illegible] sans se briser ; leurs bouts frisent et plus on les

peigne plus la chevelure ressemble à un de ces fauberts avec lesquels on lave les ponts des bateaux. Le bout des cheveux est atrophié ou éraillé avec un petit épaississement nodulaire vers l'extrémité. L'enfant avait eu une pneumonie à 6 ans ; pour pouvoir appliquer de la glace sur la tête, on avait coupé les cheveux courts et depuis ils avaient poussé mal, malgré tous les traitements employés. Le bout des cheveux est fendu ou atrophié, parfois tordu, la plupart sont bouclés ; sur beaucoup se voient des nœuds, simples ou coulants. Peut-être le cheveu est-il simplement tordu, replié sur lui-même. Ces nouures sont plus ou moins serrées. Parfois le cheveu prend l'aspect de la trichorrexis nodosa. Sur quelques cheveux, près des nouures, il y a de petits dépôts non adhérents. Pas de champignons. Cause inconnue. Cet état pourrait être dû à l'action mécanique du peigne et de la brosse. J. M.

J. Heller : **Quelques données sur la pathologie comparée de l'alopécie.** (*Derm. Zeitsch.*, juillet 1908.) — Ce travail résume tous les faits jusqu'ici connus d'alopécie chez les animaux. L'alopécie congénitale (hypotrichosis congenita de Bonnet) s'observe un peu plus fréquemment chez les animaux que chez l'homme, mais rien que chez les animaux domestiques, bœufs, chevaux, chiens, chèvres, moutons, exceptionnellement chez le lapin, puis chez les poules, dindons, pigeons, perroquets, serins. La cause de cette hypotrichose congénitale est encore inconnue; elle est spéciale aux races de chiens chinois et africains, ainsi qu'à une espèce de poule d'Egypte. A Berlin, on a observé depuis longtemps, chez des rats du jardin zoologique et des environs, une forme spéciale de calvitie qui ne paraît pas congénitale, bien qu'elle existe même chez les tout jeunes animaux ; anatomiquement, on observe chez ces rats une transformation du germe du poil en cavités kystiques. L'anatomie pathologique de l'hypotrichose congénitale est vraiment compliquée ; l'affection est due en partie à un amoindrissement du germe pilaire mais en partie aussi à un épaississement de l'épiderme qui empêche la pénétrabilité des poils. Suivant Bonnet, la croissance du poil est inversement proportionnelle à l'épaisseur de la peau ; les peaux épaisses ont peu de poils et les animaux à plumes ont la peau fine. Il est difficile de bien séparer l'alopécie généralisée de la pelade chez les animaux, parce que l'alopécie en plaques se transforme la plupart du temps très vite en alopécie généralisée. En raison de la plus grande caducité de la robe, les alopécies surviennent très vite chez les animaux ; de plus la chute des poils et leur aspect extérieur sont beaucoup plus liés chez eux que chez l'homme aux maladies générales et aux altérations de l'état général. L'alopécie généralisée symptomatique est très fréquente chez les animaux ; elles viennent à la suite d'affections gastriques, d'usage d'aliments gâtés, de fourrages contraires à l'idiosyncrasie, après l'emploi de certains médicaments, après certaines maladies fébriles, à la fin de maladies s'accompagnant de troubles circulatoires, d'œdèmes étendus. Il ne faut pas

rapporter cette sorte d'alopécie à l'action locale sur la peau d'éléments circulant dans le sang, mais à un trouble des centres trophiques par des corps étrangers quelconques. Le trouble survient, au moins léger chez les animaux, dans toutes les maladies graves, ce qui explique que les animaux en bonne santé ont seuls une bonne fourrure. On n'a jamais vu d'alopécie sénile chez les animaux. K. croit qu'elle n'existe pas non plus chez l'homme, qu'elle est due à une maladie de la base du poil, généralement due à une séborrhée, dont l'alopécie ne serait que la manifestation; mais l'affection correspondant à cette alopécie séborrhéique humaine manque absolument chez les animaux ; il y a bien un eczéma séborrhéique avec chute des poils, mais celle-ci n'y joue qu'un rôle secondaire. On a observé la pelade surtout chez les chevaux, mais aussi chez les vaches, les veaux et les chiens ; on n'a jamais observé en pathologie animale de fait démontrant la nature infectieuse de ce processus. Chez le cheval, après section transversale du nerf du paturon, on a vu, outre d'autres troubles trophiques, un développement plus rapide des poils du côté opéré; on a noté la venue d'une affection ressemblant au zona avec chute complète des poils sur les parties malades, ce qui établit bien les relations des maladies ou des lésions nerveuses de l'alopécie. Les faits observés par Bruchke et Bettmann, d'alopécie chez des souris blanches et des lapins à la suite de séjour sur des litières avec de l'acétate de thallium et de l'absinthe sont d'ordre symptomatique comme celles produites par litières de plantes vénéneuses. J. M.

NÆVI — TÉLANGIECTASIES

Bohac : **Contribution à l'étude du nævus systématisé ichthyosiforme.** (*Derm. Zeitsch.*, 1907, p. 535.) — Fillette âgée de six ans, atteinte d'un nœvus de tout le corps mais intéressant un peu moins le côté droit. Les lignes et les bandes sont dirigées en général en travers sur le tronc, en long sur les membres, suivant la théorie de Blaschko. Ces lignes ont une origine liée au développement de l'individu lui-même et à la structure métamérique de la peau. La topographie du nævus confirme également la théorie de Söllner ; les nævi concordent avec le développement des crêtes épithéliales sur toute la surface des dermatomes et peuvent s'étendre sur toute la surface d'un segment du corps. Dans le cas actuel, ils étaient surtout nombreux aux plis des coudes et aux genoux. J. M.

C. Fox : **Cas de télangiectasies bilatérales du tronc, avec épistaxis intenses dans l'enfance et hémorrhagies rectales récentes.** (*Brit. Journ. of Derm.* mai 1908, p. 145.) — Femme atteinte à l'âge de dix ans d'épistaxis quotidiennes pendant six mois. A 14 ans, taches rouges, dans la région axillaire gauche, puis au dos, à l'aisselle droite et à la partie inférieure de la poitrine. Ces taches ont graduellement augmenté de nombre et d'étendue. Prurit intermittent. Règles régu-

lières, mais douloureuses. Depuis six mois, surtout après une station debout, troubles circulatoires des mains (maladie de Raynaud). En 1907, étant à se promener, hémorrhagie rectale, qui s'est répétée trois mois après et continuée un peu chaque semaine suivante. Constipation, mélæna en fin décembre. Pas d'hémophilie. Pouls plutôt lent. Hémorrhagies cutanées multiples disséminées sans ordre sur le tronc, surtout sur le côté gauche, dues à des dilatations vasculaires, ponctuées d'abord, puis graduellement agglomérées, grandes comme un pois chiche, ne disparaissant pas à la pression. Multiples nævi mous à la face et aux membres. Douleurs sciatiques. Absence du réflexe plantaire. Ce cas est difficile à classer définitivement et appelle de nouvelles recherches. J. M.

J. N. Hyde : **Lésions télangiectasiques de la peau survenant chez des sujets atteints de maladie de Graves.** (*Brit. Journ. of Derm.*, février 1908, p. 33.) — Les télangiectasies cutanées sont rares dans le goitre exophtalmique, H. donne 4 observations personnelles de femmes présentant ces lésions surtout à la face, et actuellement atteintes ou guéries de maladie de Graves, tout en en gardant les stigmates. Ces lésions sont de couleur pourpre, grosses comme une tête d'épingle ou un peu plus ; on note parfois des vaisseaux néoformés parcourant la peau sur une longueur de plusieurs pouces. Elles sont dues *à la vis a tergo* du choc cardiaque exagéré, à l'instabilité des vasomoteurs, à la faiblesse des tissus de cette partie du corps aggravée de son voisinage anatomique avec le centre circulatoire. Ces lésions sont importantes au point de vue du diagnostic d'autant qu'elles peuvent se développer après la disparition des phénomènes cardinaux de la maladie. Il est étrange qu'elles n'aient pas été plus souvent signalées. J. M.

Parkes Weber : **Formation d'angiomes avec hypertrophie et hémiatrophie des membres.** (*Brit. Journ. of Derm.* juillet 1907.) — Enfant du sexe féminin âgée de 3 mois, la peau de la plus grande partie de la tête et presque tout le côté gauche du corps et les membres gauches étaient de couleur cramoisie ; cet état est dû à un nævus cutané capillaire diffus (tache de vin) très étendu. Les membres supérieurs et inférieurs gauches sont plus larges de circonférence que les droits, dont la peau est normale. Pas de différence de longueur des os. Dans l'aine gauche, un hémangiome nodulaire (nævus caverneux.) Pas d'impression naturelle à invoquer. L'hémohypertrophie serait due à la plus grande richesse de circulation de cette moitié du corps ; à laquelle il faut peut-être ajouter la formation d'angiomes superficiels. J. M.

Pernet : **Nævi cystepitheliomatosi disseminati. (Lymphangioma tuberosum multiplex de Kaposi. Idradénomes éruptifs de Jacquet et Darier).** (*Brit. J. of Derm.* mars 1907.) — F., 25 ans, l'éruption date de la 16[e] année. Tumeurs disséminées sur le haut du devant de la

poitrine au-dessus de la ligne des seins ; quelques petites se trouvent sur le devant du cou, vers la bouche et le menton : les paupières inférieures sont aussi intéressées ; le dos, les bras en ont quelques-unes; à l'excision, les tumeurs ne s'enlèvent pas aisément. Les kystes se trouvent surtout dans la partie réticulaire du derme ; l'appareil sudoripare joue un rôle dans leur production. Ces kystes sont d'origine embryonnaire, mais ne proviennent ni des vaisseaux ni de lymphatiques. Le nom de nævi cystepitheliomatosi disseminati est donc le mieux approprié. Cette affection doit être rangée parmi les difformités de la peau, qui peuvent rester plus ou moins longtemps latentes avant de se manifester pour évoluer dans la suite. La disposition des tumeurs paraît plaider en faveur d'une origine métamérique. J. M.

LUPUS

BLASCHKO : **Que donnent les nouvelles méthodes de traitement du lupus vulgaire et quelles sont leurs indications ?** (*Derm. Zeitsch.*, janv. 1907, p. 1.) — Quand il s'agit de petits foyers aucune méthode ne vaut l'extirpation complète. La cautérisation par l'air chaud ne donne pas des résultats aussi radicaux ; mais elle vaut mieux que le thermocautère. Cette méthode est douloureuse. Aucune méthode, en dehors de l'excision totale, ne peut être comparée à la photothérapie ; malheureusement, ses indications sont limitées. La loupe de Kromayer est beaucoup plus maniable. Les résultats de la Rœntgenthérapie sont parfois extraordinaires ; mais la radiothérapie est irrégulière et dangereuse. On doit s'en servir comme méthode préliminaire et la combiner aux autres méthodes. Le radium ne peut être employé que dans les foyers circonscrits. Comme caustiques, B. recommande la lessive de potasse (méthode rapide) et l'acide pyrogallique (méthode lente) que l'on peut combiner aussi ; l'acide chlorhydrique fumant joint au chlorure d'éthyle donne d'excellents résultats. A l'extérieur, la tuberculine peut donner à elle seule une guérison complète dans certaines tuberculoses ; dans d'autres cas, employée seule, elle constitue un extraordinaire moyen palliatif. Unie à un traitement local, elle constitue un très remarquable procédé de cure du lupus. J. M.

BUNCH : **La question de la nature tuberculeuse du lupus érythémateux.** (*Brit. Journ. of Derm.*, 1907, décembre.) — De l'étude de 10 cas, B. conclut que, dans certains lupus érythémateux, il n'existe pas de foyer tuberculeux en activité et que les lésions ne suffisent pas par elles-mêmes à établir l'existence de la tuberculose chez le malade. J. M.

GALLOWAY et MACLEOD : **Rapports du lupus érythémateux et de l'érythème polymorphe.** (*Brit. Journ. of Derm.* mars 1908, p. 65.) — Les deux maladies présentent parfois tant de similitude qu'on peut les considérer comme les deux extrémités d'une chaîne reliées par

tous les faits de passage possibles. Toutes deux sont dues à des toxines variées et de virulences différentes. Dans l'érythème polymorphe, la toxine est virulente, agit sur un individu avec circulation relativement saine ; dans le lupus érythémateux, elle l'est moins, agit sur un individu avec circulation périphérique défectueuse ; elle tend à affecter les points où, pour des raisons anatomiques, la circulation se fait difficilement. Dans l'érythème polymorphe, la réaction est aiguë et passagère ; dans le lupus érythémateux, elle est prolongée, et comme elle survient sur un tissu à circulation défectueuse, elle aboutit à des lésions de destruction et à l'atrophie. On ignore encore la nature exacte de la toxine ou des toxines à incriminer, certains cas de lupus érythémateux résultant probablement de causes externes. J. M.

E. Jones : **Lupus vulgaire se développant secondairement à des ganglions lymphatiques tuberculeux.** (*Brit. Journ. of Derm.* 1907, p. 305.) — De 923 cas de lupus vulgaire traités par radiothérapie, J. fait six groupes : 1er groupe, 47.3 % des lupus commençaient par une tache de la face, de la joue, du cou, quelques-unes sur le bord des paupières, des oreilles ; 2e groupe : 28.9 % débutaient par le nez ou les narines ; 3e groupe : 11.4 % étaient secondaires à des ganglions tuberculeux ou naissaient soit dans la cicatrice soit dans les abcès ganglionnaires ; 4e groupe : 1.8 % provenait des muqueuses autres que la muqueuse nasale ; 5e groupe : 1.8 % était secondaire à des maladies tuberculeuses des os ; 6e groupe : 8.5 % avaient des sièges variés sur différentes parties du corps sans être consécutifs à des affections tuberculeuses des os. Cet article est consacré à l'étude du 3e groupe. Les ganglions sous-maxillaires et cervicaux étaient le plus souvent atteints. Sur 102 cas, 63 intéressaient des sujets mâles ; le début était plus fréquent avant la dixième année. 39 malades avaient des antécédents nettement tuberculeux. Dans les cas non ulcérés, l'A. a employé le traitement Finsen qui a souvent suffi à obtenir la guérison. Les cas ulcérés cédaient mieux au traitement par les rayons X. Les cas hypertrophiques demandaient les caustiques d'abus puis les rayons X ; on enlevait les nodules surtout par le traitement Finsen. J. M.

Mac Leod : **Lupus érythémateux et néphrite.** (*Brit. Journ. of Derm.* mai 1908, p. 162.) — F., 17 ans. Lupus érythémateux de la face et des mains. Il y a 3 mois, embarras gastrique sérieux et apparition de l'éruption sur la figure. Pas de tuberculose. Le lupus est typique. Après une amélioration locale due au traitement l'état général empire ; œdème des jambes ; urine fortement albumineuse, mort. Pas d'autopsie. A noter l'absence de tuberculose héréditaire ou personnelle ; le développement rapide de la maladie, l'amélioration marquée à la suite du traitement local et de l'administration de la salicine à l'intérieur qui amena la presque disparition des lésions en quatre mois, et qui coïncide avec l'aggravation de l'état général et la mort

subite par néphrite aiguë. Ce déclin rapide de l'état général et l'anémie profonde qui l'accompagnait expliqueraient peut-être l'amélioration rapide que le traitement avait produite. Il s'est probablement agi d'une auto-intoxication, suite d'un défaut d'élimination de toxines par mauvais état des reins. J. M.

SCHMIDT : **Traitement du lupus vulgaire par la lampe de Quartz de Kromayer.** (*Derm. Zeitschr.* 1908, avril p. 220.) — D'après les expériences de Schmidt, la lampe de quartz ne peut remplacer l'appareil de Finsen. Si cette lampe provoque l'aplatissement et même la guérison des infiltrats lupiques, il reste dans la peau des nodules isolés plus profonds, qui ne réagissent plus à des éclairages ultérieurs. Si la cicatrisation est plus forte qu'après le traitement Finsen, le résultat est plus mauvais au point de vue cosmétique; de plus les cicatrices dures empêchent l'action profonde de la lumière dans le traitement consécutif avec l'appareil de Finsen. Dans le lupus du tronc et des membres, il est préférable d'employer la pommade pyrogallique.
J. M.

SENGER : **Remarques sur l'étiologie du lupus érythémateux.** (*Derm. Centralblatt.* juillet 1908, p. 290.) —S. a démontré dans un travail précédent que si l'on frotte un lupus ou une affection tuberculeuse de la peau avec une pommade composée de 1 gramme de tuberculine vieille, pour 10 à 20 d'huile de vaseline, il se produit une réaction extrêmement énergique, caractéristique, avec rougeur, œdème, élimination des nodules lupiques par nécrose et cicatrisation post-suppurative. Cette réaction est spécifique. Si le lupus érythémateux était de nature tuberculeuse, ou contenait quoi que ce soit d'analogue à la tuberculose, il devrait donner une réaction manifeste à la friction par la pommade. Or, cela n'a pas lieu. La friction reste absolument négative. Les injections de tuberculine ne donnent pas davantage. S. ne peut donc se rallier à l'opinion de Besnier, Brack, Hallopeau; pour lui le lupus érythémateux n'est pas de nature tuberculeuse, et n'est pas produit davantage par les toxines des bacilles tuberculeux. J. M.

SEQUEIRA : **Lupus. Carcinome.** (*Brit. J. of Derm.* février 1908, p. 40.) — 14 cas personnels : 10 H. 4 F. Cette plus grande fréquence paraît due aux professions. Le cancer est survenu en moyenne à 36 ans chez les H. et à 46 chez les F. Le lupus remontait à 20 ans au moins, à 57 ans, dans un cas ; moyenne, 35 ans. Les traitements antérieurs ne paraissent pas avoir d'importance. Le lupus se développe surtout sur cicatrice. Le siège est variable, mais la muqueuse n'est pas prise d'abord. La tumeur est nodulaire et progresse lentement ou ulcéreuse et se développe alors plus vite. Histologiquement, il s'agissait d'épithéliome corné. Le traitement a été l'excision aussi large que possible avec cautérisation de la base par les rayons X, et l'ablation des ganglions. La terminaison a toujours été fatale. J. M.

J. Short : **Cas fatal de lupus érythémateux aigu.**(*Brit. J. of Derm.* 1908, p. 271.) — F. 28 ans, malade depuis 4 mois. Le bout des doigts et des orteils, les lobules des oreilles commencèrent par se couvrir d'écailles rudes de couleur rouge foncé. Elle souffrit en même temps de douleurs dans la tête et le dos, avec bouffissure de la face et vomissements. Sur la joue g. plaque rouge, sèche et rude. Puis paraissent des vésico-pustules sur un doigt et un orteil, pus de l'ongle. La joue dr. se prend de même ainsi que les sourcils ; la lèvre supérieure se gonfle et se couvre de bulles qui se dessèchent, en formant des croûtes. Les cheveux se dessèchent et tombent, les ganglions se prennent. Les vomissements surviennent, puis cessent pour reprendre et l'état s'aggrave ; toute la peau rouge est enflée, les doigts des mains et des pieds sont rouges et squameux, les ganglions cervicaux, axillaires et inguinaux sont tuméfiés, quelques nodules dans la région des fesses occasionnent de vives douleurs, sur le palais on note quelques petits ulcères, mort par pneumonie. A noter la marche des plus rapides de la maladie qui a évolué en quelques semaines.

J. M.

Willmott Evans : **L'état actuel du traitement du lupus vulgaire.** (*Brit. Journ. of Derm.* février 1908, p. 35.) — Suivant E. pour les parties non exposées du corps, l'excision complète serait la méthode de choix, dans quelques cas légers les scarifications suivies d'une cautérisation légère peuvent suffire. Pour la face et le cou, les rayons X. la lumière de Finsen sont les meilleurs et E. préfère les rayons X. Le traitement opsonien est surtout utile dans les cas qui tendent à récidiver ou ceux dans lesquels il y a une forte prédisposition à la tuberculose. J. M.

THÉRAPEUTIQUE, PRESCRIPTIONS ET FORMULES

Traitement de la pelade par la stase veineuse.

(Troisfontaines.)

L'auteur a traité à sa clinique plusieurs cas d'alopécie en aires, par la méthode de Bier. Il en rapporte trois principaux.

Le premier concerne un homme de 24 ans, porteur de cinq plaques récentes, en voie d'extension, et qui fut rapidement guéri par l'application journalière de ventouses laissées en place pendant 2 heures chaque matin.

Il n'a, concernant ce cas, que des renseignements très peu précis. Il peut affirmer cependant que, pas plus chez lui que chez les deux autres peladiques dont il va être question, il ne se révélait ni altération de l'état général, ni troubles nerveux ou dentaires. Chez d'assez nombreux peladiques il observe toutefois de l'hypoacidité urinaire notamment par la méthode de Joulie ; mais cette hypoacidité, il la trouve également dans beaucoup de cas de psoriasis et d'eczéma.

Un autre sujet, âgé de 13 ans, portait le 27 mars de cette année, depuis trois semaines au moins, 6

plaques glabres, de la dimension de 1 à 5 francs, en voie d'extension.

Le traitement consista cette fois dans le port d'une bande élastique, large de 2 centimètres, encerclant le crâne en passant au-dessus des oreilles.

Cette bande, serrée de façon à amener une notable cyanose de la calotte cranienne, fut appliquée pendant une demi-heure seulement le premier jour, puis rapidement elle fut laissée à demeure pendant 12 heures sur 24, en 2 fois. L'écolier la conservait pendant les heures de classe, gardant sa casquette sur la tête pour dissimuler la bande et éviter les quolibets de ses camarades. Le 14 mai la guérison était en très bonne voie; le 3 juin la repousse des cheveux se faisait uniformément et abondamment sur toutes les portions dépilées, à l'exception de celles de la nuque, où la bande recouvrant les deux plaques peladiques siégeant en cet endroit, produisait une anémie complète et non l'hyperémie cherchée.

Le troisième patient, homme de 33 ans, présentait, dispersées sur presque toute la tête, mais spécialement dans la région occipitale, 26 plaques de pelade, variant en dimensions de celle d'une pièce de 50 centimes à celle d'un franc. L'affection avait, paraît-il, debuté depuis une quinzaine de jours.

La stase, provoquée à partir du 10 février au moyen de la bande élastique, avait amené le 28 avril une repousse de cheveux solides et en nombre suffisant, mais encore un peu grêles et trop courts pour dissimuler complètement les placards. En conséquence la bande fut laissée en place de plus en plus longtemps, bientôt même 22 heures sur 24.

Le 4 juin, la guérison est complète, sauf encore comme dans le cas précédent, comme dans d'autres que M. Troisfontaines a observés lui-même, comme dans celui de Nicolas et Favre, sur les plaques de la nuque soumises à l'action directe de l'agent élastique·

Quoi qu'il en soit cette méthode de traitement lui paraît d'un emploi plus aisé chez les gens du peuple, chez les personnes peu soigneuses, que celui des pommades, des liquides, des crayons, etc., irritants ou vésicants. Toutefois dans une affection à marche capricieuse, comme l'est une vraie pelade, on doit se garder de dire que le procédé de Bier, *souverain* dans une foule de cas chirurgicaux, l'emporte sur tous les autres. (*Bull. Soc. franç. de derm.*, 2 juillet 1908).

Sur un mode de traitement intensif. plurimercuriel et discontinu de la syphilis.

Un traitement intensif de la syphilis consiste à donner au malade le maximum de mercure que l'organisme peut tolérer sans danger, à continuer le traitement le plus longtemps possible, surtout pour les premières cures, et à diminuer les temps de repos.

Irréalisable par les anciennes méthodes, le traitement hydrargyrique intensif n'est devenu possible que depuis la découverte des injections mercurielles

Cette méthode est maintenant de pratique courante.

La dose de mercure généralement indiquée comme pouvant être administrée journellement pendant une cure est de *un centigramme* en moyenne.

Mais cette dose est augmentée quand on veut instituer un traitement intensif. C'est ainsi que, dans son rapport présenté au Congrès de médecine de 1904, M. Balzer établit une division en trois cures :

« 1° Des cures fortes faites par Lassar, Ostreich, Kœper, Cartier, Chéron, Dieupart, Richter, Barduzzi, Malherbe, qui ont employé le sublimé à des doses massives mais rares.

« 2° Des cures intensives par injections fortes quotidiennes pratiquées par MM. A. Robin, Flèche, Gallois, Lépine, Leredde, Cassaet, Barthélemy, Lévy-Bing, Jaulin, Emery et Druelle Dans les cures intensives moyennes, les doses atteignent environ *deux centigrammes* de mercure par jour, dose totale 40 centigrammes en trois semaines ; c'est-à-dire un dosage aussi fort et même plus fort que celu de Smirnoff, dont la cure était de 40 centigrammes de calomel, injectés en quatre semaines.

« 3° Dans la cure très intensive cette dose a été augmentée d'un tiers ou doublée, ou même plus que doublée ».

Dans ses conclusions, M. Balzer considère la dose de deux centigrammes de mercure injectés quotidiennement comme intensive et ne devant être que très rarement dépassée.

Mais, d'autres auteurs ont employé des doses bien plus énergiques.

Ainsi, M. Duhot injecte 10 à 12 centigrammes de calomel tous les huit jours. Lorsque le calomel n'est pas supporté, il a recours à l'huile grise à 40 pour 100, portant dose à 0 gr. 15 tous les quatre à cinq jours et continuant parfois jusqu'à 25 injections. La dose de mercure métallique est de 30 centigrammes tous les huit à dix jours.

M. Albert Robin, a guéri, par des doses quotidiennes de benzoate de 5 centigrammes pendant une semaine, puis de 3 centigrammes pendant trois semaines, une iritis syphilitique grave qui avait résisté à une injection de 10 centigrammes de calomel.

M. Lemoine prétend avoir guéri des tabétiques et des paralytiques généraux en injectant tous les jours, de 6 à 8 centigrammes de benzoate (0.036 de Hg).

M. Bacelli et quelques autres cliniciens demandaient à des injections massives intra-veineuses de sublimé la guérison des cas les plus graves et les plus anciens de la syphilis.

M. Tommasoli (de Palerme) prétend leur demander l'avortement même de la syphilis. Pendant sept ans, il a soumis 44 malades à sa méthode abortive, élevant promptement le sublimé aux doses de 14, 16, 18 milligrammes et exigeant que les injections soient faites presque tous les jours et pendant le plus grand nombre de jours qu'il est possible, il n'aurait jamais eu d'accidents graves.

Dans une thèse récente, M. Hirigoyen vient d'exposer une méthode de traitement mercuriel qui, depuis trois années déjà, est mise en œuvre dans le service de M. le Dr Lucien Jacquet, à l'hôpital Saint-Antoine (1):

Ce traitement est à la fois *intensif*, car le mercure y est administré à des doses jusque-là inconnues; — *plurimercuriel*, car il emploie simultanément plusieurs voies d'apport d'une part, et d'autre part, il met en œuvre plusieurs préparations mercurielles; — et enfin *discontinu*, car il augmente notablement le nombre et la durée des pauses thérapeutiques, et cela dans un but systématique.

A ce quadruple point de vue et surtout par la combinaison de ces quatre particularités, il diffère des autres méthodes de traitement employées jusqu'à ce jour.

Pour pouvoir administrer le mercure à des doses aussi importantes, qu'on va le voir, il faut mettre en œuvre le maximum possible de précautions préparatoires ; c'est à ce prix qu'on peut obtenir l'innocuité et la tolérance du médicament.

1° PRÉPARATION AU TRAITEMENT.— Tout syphilitique qui va suivre ce traitement est mis d'abord au repos pendant quelques jours (sauf le cas d'accidents urgents).

Pendant ce temps, l'état de sa bouche, sa dentition sont soigneusement examinés ; les dents très cariées sont arrachées; celles qui ne sont que légèrement atteintes sont nettoyées et obturées; la couche de tartre est enlevée : les gencives et les dents sont frottées deux fois par jour après chaque repas avec une brosse enduite de savon ou de craie préparée. Bref, la bouche est mise dans le meilleur état possible avec la plus grande minutie. Toute cause d'irritation buccale, le tabac entre autres: est supprimée.

Le tube digestif est surveillé ; la diarrhée ou la constipation sont combattues par une bonne hygiène; mastication lente, pas d'excès de nourriture ni de boisson ; l'alcool est, bien entendu, absolument proscrit.

(1) Dr DANIEL HIRIGOYEN. — Sur un mode de traitement intensif, plurimercuriel et discontinu de la syphilis. *Thèse de Bordeaux*, 1907.

Il est procédé aussi à une analyse complète de ses urines, afin de s'assurer que le rein fonctionne bien ; on note la quantité des urines émises en vingt-quatre heures, la présence des éléments normaux ou anormaux (albumine); c'est par le rein, en effet, que se fait la plus grande proportion de l'élimination mercurielle et avec un traitement intensif on a besoin de son parfait état.

Toutes ces précautions étant prises, le traitement est commencé.

2° Traitement proprement dit.— Le traitement comprend :

1° Deux pilules de protoiodure de mercure de 0 gr. 05 centigrammes prises matin et soir pendant les repas.

2° Un lavement avec 20 grammes de liqueur de Van Swieten dans 100 grammes d'eau.

3° Une friction faite selon le mode ordinaire avec 2 grammes d'onguent mercuriel.

4° Une injection de 1 centigramme de bi-iodure de mercure portée quelquefois à 2 centigrammes.

Ce traitement est appliqué pendant un laps de temps qui a varié de *deux* à *dix* jours consécutifs ; mais c'est *quatre* ou *cinq* jours qui constituent la moyenne la plus généralement usitée.

Après cette période de cinq jours, on arrête toute médication mercurielle pendant une période qui varie de cinq à vingt jours (*huit* à *dix* jours correspondent à la moyenne des cas) et suivant la manière dont le malade a supporté cette mercurialisation, suivant la gravité de sa syphilis ou l'état de ses lésions, reprise d'une autre période avec nouveau repos absolu consécutif au point de vue mercuriel.

D'après les préparations indiquées et la quantité de chacune administrée, on peut voir que le traitement du Dr L. Jacquet atteint le maximum de mercurialisation utilisée jusqu'à ce jour. En effet, en évaluant la quantité de mercure contenue dans chaque préparation, nous avons :

1° Protoiodure pour 10 centigrammes = 0,0610 de mercure.

2° Liqueur de Van Swieten pour 20 grammes = 0,014.

3° Injection de bi-iodure pour 1 centigr. = 0,004405.

4° Friction d'onguent pour 2 gr. = 1 gramme.

Nous arrivons comme total à 1 gr. 0791 de mercure pur par jour. Mais cette quantité totale est-elle absorbée ? Si pour les trois premiers sels on peut admettre qu'ils sont à peu près totalement assimilés, on doit faire les plus grandes réserves pour la friction. Ce qu'il y a de sûr cependant, c'est que, bien faites, les frictions constituent un puissant moyen de mercurialisation. On ne saurait dire comment, dans ce procédé, le mercure pénètre dans l'organisme. Mais, il est certain qu'elles agissent là où d'autres traitements ont parfois échoué.

Même en défalquant du total le mercure qu'apporte la friction, il reste la quantité de :

0 gr. 079 de mercure métallique, qui est à peu près sûrement incorporée aux tissus. Chaque période de traitement étant de cinq jours environ, le malade absorbera au minimum un total de 0 gr. 397 de mercure.

Les résultats obtenus par ce traitement vraiment intensif, sont très favorables. Sur les 32 observations qui appuient la thèse de M. Hirigoyen on peut relever les résultats suivants : dans la période primaire disparition rapide du chancre ; — dans la période secondaire certains accidents sont restés réfractaires (plaques muqueuses), tandis que d'autres (roséole et surtout accidents nerveux) étaient très rapidement améliorés ; — enfin, dans la période tertiaire, guérison constante et rapide des accidents observés.

Sur les 32 malades traités, on n'a pas eu à constater un accident grave d'intoxication, en dépit des quantités mercurielles absorbées ; — de temps en temps, quelques coliques, de la diarrhée, surtout chez la femme ; — un peu de stomatite, de la lassitude, de l'anorexie passagères, mais tous incidents disparaissant immédiatement dès l'arrêt de la médication et ne se reproduisant, pas, la plupart du temps, pendant les périodes suivantes du traitement (il semble se faire, en effet,

une accoutumance rapide au mercure).

Voilà les résultats généraux obtenus, mais il manque un élément important : c'est la durée *totale* qu'exige ce mode de traitement et la notion de son action sur les accidents ultérieurs : en d'autres termes, sa valeur *préventive*. Ce fait qu'on peut discuter encore sur celle du traitement ordinairement usité depuis tant d'années, fera comprendre que M. Hirigoyen n'ait pas encore indiqué l'action de cette méthode nouvelle, et l'on est obligé, à ce point de vue, de faire les réserves nécessaires.

En somme l'efficacité et la rapidité d'action de ce mode de traitement intensif sont incontestables et paraissent à certains égards supérieures à celles des modes ordinaires de traitement.

Il semble donc indiqué dans les cas graves et urgents ; mais il ne paraît pas indispensable dans les cas moyens ; c'est là une méthode d'exception. (*Quinzaine thérapeutique p. 38, 1908*).

Le mercure colloïdal électrique dans le traitement local du chancre syphilitique

(Duhot.)

L'auteur a pensé à injecter le mercure colloïdal *non dans l'espoir de guérir ainsi la syphilis d'emblée*, mais comme moyen adjuvant capable de venir corroborer le traitement général et les premiers essais faits dans ce but semblent être très encourageants.

Le mercure à l'état colloïdal n'a aucune action précipitante sur les albumines et est très facilement résorbé par les tissus. En injections intramusculaires, il ne donne pas de nodules, mais injecté sous la peau dans le tissu cellulaire souscutané, il provoque quelques marbrures et un léger état œdémateux. Après des injections successives l'œdème peut quelquefois s'indurer.

L'on peut sans crainte, injecter journellement, pendant une huitaine de jours, 5 c. c. de mercure colloïdal en sus du traitement général. M. Duhot injecte 1 c. c. dans la verge sous la zone d'implantation du chancre et 2 c. c. dans chaque aine. Il pratique des injections sous-cutanées qui n'exigent aucune technique instrumentation spéciale et qui ne demandent qu'une bonne asepsie.

Il y aurait peut-être avantage à faire des injections à l'intérieur des ganglions et à continuer plus longtemps par des injections espacées la stérilisation de la région. C'est là une question d'expérimentation ultérieure dans le traitement régional de la syphilis.

Dans trois cas de chancres syphilitiques récents datant de huit à douze jours, avec recherche positive du spirochète, l'A. pratique, après excision du chancre, des injections locales de Hg colloïdal sous l'endroit de l'excision et dans les deux aines. Les ganglions se sont à peine développés et sont restés extraordinairement petits : La réunion de la plaie badigeonnée au préalable à la teinture d'iode, s'est faite par première intention, et avec un minimum d'induration dans la cicatrice.

Dans deux cas de chancres déjà cicatrisés, avec roséole généralisée et adénopathie ganglionnaire volumineuse des aines, les injections de Hg colloïdal amenèrent une diminution des ganglions beaucoup plus rapide que celle généralement observée dans cette lésion longtemps persistante.

Chez un malade atteint de ganglions volumineux des deux aines persistant après une cure de 30 frictions et infecté depuis six mois, les injections de mercure colloïdal amenèrent en une huitaine de jours une rétrocession manifeste de ces adénopathies.

Ces expériences ne sont pas encore fort nombreuses : mais comme cette médication semble donner des résultats manifestes et qu'elle répond aux données les plus récentes de la syphilidologie, il a semblé intéressant à l'auteur d'en signaler dès à présent les avantages que l'on est en droit d'espérer de cette nouvelle thérapeutique. (*Annales de la polycl. centr. de Bruxelles*, juin 1908).

Traitement local des syphilides muqueuses de la bouche et des organes génitaux.

(GAUCHER)

Le Profr Gaucher indique d'abord combien il est nécessaire de savoir bien traiter et de faire disparaître aussi rapidement que possible les syphilides secondaires (plaques muqueuses, syphilides papuleuses et ulcéreuses), car c'est par elles que se dissémine la syphilis : elles sont en effet la cause de la plupart des contagions syphilitiques.

Il est bien entendu qu'à cette époque de la maladie et surtout lorsqu'il se produit des poussées éruptives, le traitement général de la diathèse doit être prescrit régulièrement et c'est alors le *mercure* en injections solubles principalement et au besoin en frictions ou en pilules qu'il faut administrer.

Les syphilides secondaires peuvent, il est vrai, disparaître par de simples soins locaux, mais cette thérapeutique est insuffisante et il est indispensable d'avoir recours à la fois au traitement général et au traitement local.

Ce traitement local des plaques muqueuses varie suivant que celles-ci siègent dans la cavité buccale ou au niveau des organes génitaux.

Syphilides buccales. — Sans insister sur les soins de propreté et d'hygiène qui doivent être suivis méticuleusement (brossage des dents, grattage du tartre, extraction ou limage des chicots ; d'autre part, suppression du tabac et de toute cause d'irritation locale), le traitement consiste d'abord, en gargarismes, en bains de bouche qui doivent être renouvelés plusieurs fois par jour.

Autrefois on n'employait que le *chlorate de potasse* en comprimés ou en solution :

Chlorate de potasse.....	40 gr.
Eau filtrée et bouillie....	1.000

Aujourd'hui on fait plus volontiers usage d'*eau oxygénée* (1) qui a fait même trop vite tomber dans l'oubli le chlorate de potasse.

En effet, si l'eau oxygénée doit être préférée dans le traitement de la stomatite ou même comme préventif de cette stomatite, le chlorate de potasse reste le médicament de choix, lorsqu'il s'agit de faire disparaître les plaques muqueuses de la bouche. Il faut donc revenir à cet ancien médicament et ne pas abuser de l'eau oxygénée qui a ses indications particulières.

La cautérisation des plaques muqueuses buccales est faite le plus souvent au *nitrate d'argent*. On se servira, soit du crayon pur ou mitigé qu'on passera légèrement sur les lésions, mais ce crayon ne devra pas dans la suite servir à des malades non syphilitiques puisqu'on a signalé plusieurs contaminations produites de cette manière.

Afin d'éviter ces contagions accidentelles, on pourra faire usage d'une *solution de nitrate d'argent au cinquième*. Pour l'employer, on enroulera à l'extrémité d'une tige de bois ou d'un porte coton spécial, un petit brin d'ouate qui sera trempé dans la solution, puis exprimé avant d'être porté sur les plaques. Ce coton sera ensuite brûlé.

On a recommandé pour la cautérisation des plaques muqueuses rebelles de la bouche *le nitrate acide de mercure*, mais ce médicament est d'une causticité et d'une toxicité telles qu'il est préférable de ne point en faire usage.

Si, cependant, il semblait nécessaire d'y avoir recours, il ne faudrait pas déposer le caustique sur les lésions avec un agitateur de verre, ni même avec du coton, mais avec un bâtonnet de bois, une allumette, dont les fibres s'imbibent par porosité de nitrate acide : de cette façon, il n'y a pas danger de coulage, et c'est avec l'extrémité de l'allumette ainsi humectée qu'on touchera très légèrement et rapidement le centre ou le sommet de la

(1) Chatin, d'Uriage. l'auteur lui-même (L. Bizard, Société de Dermatologie, juin 1907,) ont observé que l'emploi de gargarismes à l'eau oxygénée, même très diluée, produisait rapidement une nigritie accentuée de la langue avec hypertrophie papillaire (langue noire pileuse).

lésion, après quoi on lavera largement à l'eau. Cependant, nous le répétons le nitrate acide reste un produit très dangereux, qui doit être proscrit de la thérapeutique, car il suffit qu'une infime gouttelette de ce caustique soit projetée dans le larynx, comme on l'a du reste constaté déjà pour entraîner des crises d'étouffement capables de menacer la vie du patient.

Syphilides génitales. — Il faut d'abord savoir que le meilleur préventif des syphilides génitales consiste en soins méticuleux de propreté, chez la femme surtout. Ce n'est en effet que chez les malades de Lourcine ou de Saint-Lazare qu'on constate ces syphilides papuleuses en nappe qu'on voit rarement à Saint-Louis où le niveau social des hospitalisées est déjà un peu plus relevé que dans ces établissements.

Les syphilides secondaires génitales chez la femme et notamment chez la femme malpropre peuvent prendre un développement extraordinaire qui ne s'observe presque jamais chez l'homme ; les lésions envahissent la vulve, la face interne des cuisses et le pourtour de l'anus se révélant alors dès qu'on soulève les jupes de ces femmes par une odeur fétide spéciale, indéfinissable (odeur des plaques muqueuses). Le meilleur traitement de ces accidents consiste en lotions renouvelées deux et trois fois par jour avec une solution au huitième ou au dixième de *liqueur de Labarraque* (hypochlorite de soude) ; après la lotion et sur les téguments encore humides, on saupoudre largement d'*oxyde blanc de zinc*.

C'est le traitement institué déjà depuis longtemps par le professeur Fournier et qui n'a jamais été modifié pour cette raison qu'il n'en existe pas de meilleur.

Les soins locaux que nous venons d'indiquer, suffisent d'ordinaire avec le traitement général, bien entendu, à faire disparaître ces plaques muqueuses génitales et surtout périgénitales sans qu'il soit besoin d'avoir recours à des cautérisations. Cependant, il sera utile parfois de toucher légèrement les plaques érosives des muqueuses génitales chez l'homme et chez la femme, avec le crayon ou une solution de nitrate d'argent.

Dans les formes hypertrophiques et végétantes des accidents secondaires génitaux on pourra même le plus rarement possible il est vrai avoir recours au nitrate acide de mercure, qu'il faudra certes encore ici manier avec prudence et légèreté, mais qui n'offrira pas en ces régions les mêmes dangers qu'au niveau de la bouche.

Les syphilides secondaires périgénitales et périanales sont heureusement influencées par un pansement fait avec la pommade au calomel au 10e.

On devra enfin isoler rigoureusement les régions atteintes et par un pansement souvent renouvelé empêcher le contact des écoulements qui, par l'excitation produite, favorise la pullulation des plaques muqueuses. Ext. d'une leçon recueillie par Léon Bizard, (*in. Revue de thér. derm. et Syph.*)

Traitement d'un ulcère variqueux de la jambe.

(VALCKE)

1° Rétablir les circulations sanguine et lymphatique, a) par les bains de vapeur locaux quotidiens d'une durée de une heure ; b) par la position horizontale, la jambe couchée sur un coussin en balle d'avoine et le pied plus élevé que le siège ;

2°) Enlever de la surface de l'ulcère et de la peau circonvoisine toutes les impuretés qui entretiennent le mauvais état de l'ulcère.

On y réussit parfaitement par le bain de vapeur suivi d'un lavage énergique à l'eau savonneuse et à l'alcool, puis application sur l'ulcère d'une compresse (quatre à six doubles de gaze) imbibée du décocté :

Acide borique.....	40 grammes.
Graines de lin	50 grammes.
Tête de pavot.......	n° 5.

Ce pansement est renouvelé toutes les deux heures.

Le bain de vapeur intervient aussi efficacement pour rétablir et même exagérer les circulations lymphatique et sanguine et désinfecter.

Après cinq à six jours l'ulcère se

déterge et se couvre de bourgeons d'une vitalité exubérante pendant que les bords se dégorgent, se ramollissent et arrivent au niveau de la surface bourgeonnante.

Dès lors l'épiderme circonvoisin s'avance de toute part sur la surface bourgeonnante et la surface de l'ulcère se rétrécit progressivement.

La consigne du repos absolu est levée.

On arrête aussi le pansement humide désinfectant et calmant et on le remplace par un emplâtre de Louvain ou de la gaze désinfectée, maintenus en place par une compression ouatée méthodique et modérée, depuis les orteils jusqu'au genou.

Renouveler ce pansement : bain de vapeur, etc., tous les deux jours.

Le malade applique à la jambe une bande en tissu élastique pendant quelques mois encore. (*Soc. med. de Gand.* mars 1908).

Savons médicamenteux contre les maladies de peau

(M. W. HANAUER.)

Abstraction faite des savons liquides et des savons mous, on utilise comme base de savons médicinaux :

1° Le savon neutre, solide du commerce.

2° Le savon surgras, qu'on obtient en mélangeant le savon neutre de soude avec 2 p. 100 d'acide oléique et 3 p. 100 de lanoline ;

3° Le savon alcalin, préparé avec du savon de soude desséché, additionné de 2,5 p. 100 de carbonate de soude calciné et de carbonate de potasse.

Suivant les cas, on se sert, pour la préparation de savons médicamenteux, de l'un ou l'autre de ces produits. La plupart des médicaments se mélangeant plus facilement et plus intimement avec le savon pulvérisé, on doit préférer cette forme au savon en morceaux, d'autant plus que les médicaments se conservent mieux dans la poudre, qui est sèche, que dans le savon en morceaux qui renferme toujours de l'eau.

Voici quelques formules de savons médicamenteux nouveaux :

Savon de chlorure de chaux pour la désinfection et dans les maladies parasitaires de la peau ; il renferme 10 p. 100 de chlorure de chaux mélangés à la poudre de savon neutre.

Savon d'essence d'aiguilles de pins, recommandé dans le rhumatisme et les maladies parasitaires de la peau ; il est préparé avec 10 p. 100 d'essence de pin silvestre.

Savon iodé, aussi bien pulvérisé que solide ; il se compose de 2 parties d'iode et de 98 parties de savon surgras. Il se conserve longtemps sans se décomposer, et peut être employé au lieu de la teinture d'iode.

Savon à la cantharidine, prescrit comme irritant dans la chute des cheveux ; il contient 0,2 p. 100 de cantharidine dans du savon neutre.

Savon de menthol-eucalyptol, contre les démangeaisons ; il se compose de 3 parties de menthol, 5 parties d'eucalyptol et 2 parties de savon neutre.

Savon de naphtaline, spécifique de certaines mycoses ; il renferme 5 p. 100 de naphtaline et 95 p. 100 de poudre de savon.

Savon de rhubarbe à 5 p. 100 d'extrait alcoolique de rhubarbe alcalin ; il agit d'une manière analogue à la chrysarobine, mais plus doucement.

Savon de salicyl-ichtyol : il renferme 2 p. 100 d'acide salicylique, 6 p. 100 de sulfo-ichthyolate d'ammonium et 92 p. 100 de savon neutre.

Savon au sublimé-chlorure de sodium ; il est en poudre et contient 2 p. 100 de sublimé, 1 p. 100 de chlorure de sodium et de la poudre de savon neutre. Le bichlorure de mercure se conserve très longtemps dans ce mélange. (*Gaz. méd.* de Paris 15 mai 1908).

Traitement de la furonculose de l'oreille.

Une fois le furoncle en voie d'évolution, on ne devra pas le combattre au moyen de solutions aqueuses : des pommades à base d'oxyde de zinc, d'acide phénique, de menthol, rendront de meilleurs services.

Huile de vaseline.... } Glycérine............ }	ââ 25 gr.
Anesthésine..........	0 gr. 50
Menthol..............	0 gr. 20

Us ext. Imbiber une mèche de gaze qu'on introduira dans l'oreille externe.

Les furoncles plus avancés seront combattus par des applications d'alcool à 50° ou des instillations d'alcool absolu. Il ne faut pas trop se presser pour inciser le furoncle ; il faut que le bourbillon puisse être aisément extrait.

Dans cette période, les douleurs seront combattues par le topique suivant, dont on imbibera des mèches de gaze :

Cocaïne.. 0 gr. 10 à	0 gr. 20
Résorcine...........	0 gr. 50
Eau distillée........ } Glycérine.......... } Alcool.............. }	ââ 10 gr.

Us. ext.

Pour éviter les récidives, on fera prendre pendant quinze à vingt jours un bain d'oreilles de quinze minutes de durée par jour : on se servira de solutions alcooliques en instillations .

Acide salicylique.....	0 gr. 20
Acide borique........	10 gr.
Alcool absolu .. .... } Eau distillée .... }	ââ 50 gr.

Us.ext. Instiller, jusqu'à ce que le canal soit rempli.

Cette solution provoquera une desquamation épithéliale : il est bon d'obtenir deux ou trois fois cette desquamation avant de cesser le traitement. Au cours des trois mois suivants, on fera encore une fois par semaine des instillations de ce genre. (*B.G. de Ther.* 8 mars 1908)

Traitement de l'ichthyose.

(Shœmaker)

L'auteur recommande comme application à la fois stimulante et émoliente la suivante :

Acide salicylique.......	2 gr. 50
Pommade au sous-acétate de plomb.........	12 gr.
Pomm. à l'oxyde de zinc	30 gr.
Pétrole...	12 gr.

En applications locales, deux fois par jour, sur les parties affectées. A l'intérieur, on prescrira surtout les reconstituants. On formulera des prescriptions relatives à l'hygiène et à l'alimentation. C'est ainsi que les malades doivent autant que possible vivre en plein air. Les rayons du soleil ont en général une bonne influence sur la maladie. Chez les enfants, on donnera des préparations ferrugineuses, de la quinine et de la strychnine.

L'alimentation se composera surtout de lait et d'œufs. (*B. G. de Ther* 8 juin 1908.)

De l'utilité d'un suspensoir de la verge dans l'urétrite aiguë.

(Paul Asch)

On est frappé de la fréquence des localisations inflammatoires au niveau du ligament suspenseur de la verge. On sait qu'à cet endroit l'urètre pénien, à l'état de flaccidité, forme avec la portion scrotale l'*angle-péno scrotal*. Les lésions qu'on y observe, dans la majorité des cas, sont des *inflammations des glandes de Littre*, pouvant aller jusqu'à la *suppuration*, de *petits* ou de *gros abcès*, de l'*infiltration molle* ou *dure*, enfin un état inflammatoire général de la muqueuse, qui est recouverte de *fines granulations*.

On est naturellement conduit à se demander si ces lésions ne sont pas dues à la stagnation du pus en arrière de l'*angle péno-scrotal* ; cet angle, en effet, est encore accentué par le port du suspensoir ordinaire, dont l'orifice, trop étroit bride la lumière de l'urètre au point de gêner la miction, de l'aveu même des malades.

En outre, la pullulation microbienne, à ce niveau, est peut-être favorisée, dans une certaine mesure, par une circulation sanguine insuffisante, qui met cette région dans de mauvaises conditions de défense. Le pus s'accumule donc en arrière de l'obstacle et distend les culs-de-sac du bulbe ; on comprend que les gonocoques se trouvent dans les conditions optima pour pénétrer à leur aise dans les tissus sous-jacents.

Au début d'une urétrite aiguë, on doit se demander s'il ne convien-

drait pas de prendre, pour le plus grand bien du malade, certaines mesures prophylactiques destinées à éviter des localisations, parfois fort difficiles à guérir.

Dans ce but, Paul Asch (1) recommande à ses malades le port d'un suspensoir spécial, qui maintient la verge redressée contre la paroi abdominale ; *l'angle peno-scrotale* se trouve ainsi effacé et le pus n'est pas comprimé dans la portion périnéobulbeuse.

On pourrait croire que l'action de la pesanteur empêche le pus de s'écouler au dehors ; mais, en pratique, il n'en est rien. L'écoulement se fait plus facilement dans cette position ; et, chez les malades qui se soumettent à sa méthode, Asch a vu rarement l'infection de l'urètre postérieur.

Bernstein avait préconisé, dans le même but, un suspensoir maintenant la verge en diagonale, parallèlement au pli inguinal. Mais, le pus s'écoule aussi aisément dans la position perpendiculaire : et cette dernière présente en outre l'avantage d'éviter les érections, ce qui a bien son importance à la période aiguë.

Il n'est pas besoin d'un bandage nouveau, le résultat cherché sera obtenu en ajoutant, au suspensoir ordinaire, un fourreau en doigt de gant qui enveloppera la verge, et à l'extrémité duquel se trouvera une boutonnière. Un simple lien descendant du cou, passé dans la boutonnière, suffira pour lui donner la position oblique, on se contentera de coudre un bouton sur la ceinture au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure.

Ces petits détails ont leur importance : guérir une complication est bien, la prévenir est mieux. (*La Clinique*, 27 décemqre 1907.)

Traitement général du prurigo d'origine gastrique.

Albert Robin.

Tous les antiprurigineux sont à rejetter, car aucun n'agit sur la cause essentielle de ce prurit.

On commencera donc par régler l'alimentation et on éliminera tout d'abord les aliments fermentescibles et ceux qui ne sont pas stérilisés par la cuisson. On interdira le poisson, à moins qu'il ne soit très frais, les graisses, les sauces, les fritures, la charcuterie, le jambon, le foie gras, les pâtisseries, le sucre tous aliments très fermentescibles : on interdira les aliments non stérilisés, c'est-à-dire crus — fruits et salade ; on supprimera même le vin, qui est susceptible de subir dans l'estomac la fermentation acétique.

En troisième lieu, on saturera ces acides de fermentation à mesure qu'ils se produiront de façon qu'ils s'éliminent non en nature, mais à l'état de lactactes alcalins.

On assurera l'évacuation rapide du contenu stomacal : c'est en évitant la stagnation que nous diminuerons les chances de fermentations secondaires.

On devra aussi empêcher la constipation et favoriser l'élimination par les selles. Enfin, on combattra directement les fermentations dans l'estomac par des antiseptiques appropriés.

Tel sera le plan de l'action thérapeutique à instituer.

Point n'est besoin d'insister à nouveau sur le régime alimentaire, sinon pour signaler les inconvénients du lait. On a voulu faire du régime lacté absolu une méthode de traitement du prurit. Tarnier l'a employé avec beaucoup de bonheur contre le prurit des femmes enceintes. Mais ici le cas est spécial et les intoxications de la grossesse — vu l'insuffisance hépatique d'une part, celle du rein de l'autre — sont vraiment trop complexes pour les rapprocher de ce qui se passe dans nos cas. Au fond, le régime lacté n'est ici qu'un moyen de réaliser une certaine asepsie gastro-intestinale et de prévenir les intoxications : ceci rentre par conséquent dans notre cadre. Mais chez nos dyspeptiques à fermentation, le lait n'est pas commode à manier, car il fermente très facilement, surtout au contact des autres aliments, et fournit vite de l'acide lactique et de l'acide buty-

(1) *Urethros Beitrage zur Diagnose, Therapie und Prignose des Treppers und seinen Folgen*, von Dr Asch, privat-docent der Universität Strasbourg (Berlin. 1907).

rique que précisément nous redoutons. On ne donnera donc le lait qu'à jeun, toujours écrémé et dûment stérilisé.

Pour stimuler l'activité gastrique et contrairement à Pavloff qui rejette l'usage traditionnel des amers, M. Robin, prescrit le matin, à jeun, un verre de macération de quassia amara. Un quart d'heure avant chaque repas,il ordonne la prise de 6 gouttes de teinture de noix vomique.

On peut également faire usage de la solution suivante :

Sulfate de strychine... 0 gr. 03
Eau distillée .... 500 gr.

A prendre par cuillerées à bouche à l'heure des repas.

Ou encore la teinture de fèves de Saint-Ignace, additionnée d'un peu de sulfate de potasse. C'est là une excellente médication stimulante des fonctions motrices et sécrétoires de l'estomac.

Après les repas, et pour saturer l'hyperaracité stomacale, on fera prendre au malade un paquet de la poudre suivante, délayée dans très peu d'eau :

Poudre de belladone.. 0 gr. 06
Lactose .... 6 gr.
Bicarbonate de soude.. } ãã 4 gr.
Magnésie calcinée.... }
Carb. de chaux précip. 6 gr.
Mêlez et divisez en 12 paquets.

Chaque prise de poudre devra être suivie de l'ingestion d'une tasse de tisane très chaude, camomille,menthe, mélisse ou toute autre plante aromatique, pour stimuler encore les fonctions gastriques.

Pour prévenir les fermentations stomacales, on emploiera le fluorure d'ammonium dont je vous ai déjà fait connaître l'action inhibitrice sur les ferments figurés. On prescrira :

Fluorure d'ammonium. 0 gr. 20
Eau distillée .... 500 gr.

Une cuillerée à soupe après le déjeuner et le dîner.

On pourra obtenir le même résultat en se servant de l'iodure double de bismuth et de cinchonidine, ou *érythrol* :

Erythrol.... 0 gr. 02 à 0 gr. 15
Craie précipitée .... 0 gr. 10
Pour un cachet n° 10.
Un cachet après chaque repas.

Enfin, quand les fermentations s'accompagnent de production de gaz, on emploiera avec profit le soufre iodé — 0 gr. 10 au milieu du repas.

Pour assurer les évacuations intestinales, on pourra employer les pilules suivantes :

Aloès du Cap .... 2 gr.
Résine de Jalap....... }
Résine de scammonée } 1 gr.
Turbith végétal ..... }
Extrait de belladone.. } ãã 0 gr. 15
Extrait de jusquiame. }
Savon amygdalien .. Q. S.
A diviser en 50 pilules.

Une à trois pilules le soir en se couchant, de manière à obtenir le lendemain matin une garde-robe non diarrhéique.

Lorsque, dans le courant de la journée, l'évacuation du contenu gastrique se fait mal, il existe des douleurs, des brûlures entre les repas, prescrire la poudre *suivante*, dite poudre de grande saturation :

Lactose .... 1 gr.
Magnésie calcinée..... 1 gr. 30
Sous-nitr. de bismuth } 0 gr. 80
Carb. de chaux précip. }
Codéine .... 0 gr. 005
Bicarbonate de soude.. 1 gr.

Pour un paquet. A prendre dès la moindre sensation de douleur. (*Rev. de. Ther. med. chir.* 1er sep. 1908).

Stérilisation des gants de caoutchouc par les vapeurs de formol.

(Georges Gross et Barthélemy.)

L'emploi des gants de caoutchouc est aujourd'hui de pratique courante et le moyen de les stériliser d'une façon pratique a vite préoccupé les chirurgiens.On emploie d'ordinaire, pour ce faire, soit l'autoclave, soit l'ébullition.Les deux procédés sont bons, mais les gants résistent mal à ces modes de stérilisation. Nous avons eu l'idée d'essayer de stériliser ces gants, comme on stérilise les sondes urétrales,par les vapeurs de formol dégagées à froid par le

trioxyméthylène, et pour être certain d'obtenir par ce procédé une stérilisation absolue et de pouvoir utiliser les gants ainsi préparés pour faire des laparotomies, nous avons institué, avec l'obligeant concours de notre ami M. Thiry, les expériences bactériologiques suivantes : Le 29 mai 1907, des gants largement imprégnés de pus virulent ont été, après savonnages et immersion dans une solution de carbonate de soude, lavés à l'eau, séchés et placés dans une étuve de Guyon renfermant du trioxyméthylène. Après un séjour d'un temps déterminé, ces gants ont été envoyés au laboratoire de bactériolologie. Sur ces gants, six lambeaux ont été prélevés et ensemencés.

Aucun des six tubes de bouillon peptoné n'a montré de développement microbien. Les gants étaient stériles, alors que le pus avec lequel ils avaient été infectés contenait des micro-organismes polymorphes, produisant en culture une odeur putride.

Cette expérience fut recommencée le 21 juin. Les résultats furent absolument identiques.

A la suite de ces expériences nous avons employé des gants ainsi stérilisés, d'abord pour des opérations plus bénignes (cures radicales de hernies), puis pour des laparotomies. Nous n'avons pas eu à déplorer un seul cas d'infection opératoire, si minime soit-elle. La preuve de la stérilisation parfaite des gants de caoutchouc par les vapeurs de formol est donc faite. Pour cette stérilisation, on se conformera aux préceptes suivants :

Avoir deux séries de gants, les uns neufs pour les opérations aseptiques, les autres, ayant déjà été souillés par des produits virulents seront marqués d'un signe distinctif spécial et serviront à des opérations septiques.

On aura pour les uns et les autres des plateaux spéciaux, ou mieux une étuve spéciale.

Après chaque opération, les gants seront savonnés sur chaque face, immergés dans une solution de carbonate de soude à 1 % pendant une demi-heure, lavés à l'eau bouillie, séchés et remis à l'étuve.

On aura soin de les maintenir entr'ouverts par un tampon d'ouate afin de favoriser la pénétration des vapeurs de formol.

Ils devront rester 48 heures dans l'étuve avant d'être employés à nouveau.

Ce qui constitue le réel avantage du procédé de stérilisation aux vapeurs de formol est : 1° son économie : 2° il n'abîme pas le caoutchouc ; il permet d'utiliser encore un gant troué. Il suffit, en effet, de réparer ce gant comme on répare la chambre à air d'un pneumatique de bicyclette ou d'automobile, en y mettant une pièce qui résiste bien mieux à ce mode de stérilisation qu'à l'étuve ou qu'à l'autoclave.

Ce procédé de stérilisation est donc à tous égards excellent.

Nous nous appuyons, pour le certifier, sur des examens bactériologiques et sur une expérience clinique personnelle de plus de huit mois.

M. L. Spillmann utilise à la Maison de Secours des gants de caoutchouc stérilisés à l'eau bouillante ; des pièces placées sur ces gants tiennent malgré l'ébullition (*Soc. de méd. de Nancy*, 1908.)

VARIÉTÉS

L'œuvre de la Commission extra-parlementaire du régime des mœurs.

Un de nos lecteurs nous demande où en est l'œuvre de la commission extra-parlemeataire du régime des mœurs ? Nous ne saurions mieux le renseigner qu'en reproduisant l'important articie

que publie à ce sujet le *Progrès médical* dans son numéro du 27 juin dernier dû à la plume d'un des membres de cette commission même et qui a déjà publié antérieurement sur ce sujet dans le même journal une série de remarquables articles (1).

La *Commission extra-parlementaire*, par l'organe de ses rapporteurs, MM. le Pr Augagneur et L. Bulot, procureur général de la Cour d'appel de Paris, par l'organe d'un comité de rédaction juridique dont faisaient partie entre autres, MM. A. Le Poittevin, professeur de droit pénal à la Faculté de droit de Paris ; Feuilloley, avocat général à la Cour de Cassation, Saint-Aubin, directeur des affaires criminelles et des grâces, Hennquin, sous-directeur de la Police administrative au ministère de l'intérieur, etc., avait formellement condamné le principe de toute police des mœurs. Il lui avait paru qu'au point de vue de la médecine publique, il est insoutenable de ne s'occuper que des femmes malades, négligeant l'autre moitié du corps social, les hommes propagateurs non moins ambulants mais tout à fait irresponsables des maladies intersexuelles. Que dirait-on d'hygiénistes qui ne prendraient de mesures de protection et de désinfection à l'égard des maladies transmissibles comme la variole, la disphtérie, etc., que lorsque ce sont les femmes qui en seraient atteintes et seraient susceptibles de les propager ? Cette idée scientifique d'une hygiène *unilatérale....*, scientifique probablement puisque la médecine administrative la professe et l'applique, a trouvé réfractaire une assemblée où siégeaient *d'autres* membres que des médecins.

Au point de vue du droit public, il n'avait pas paru moins *insoutenable* de continuer aux mains incompétentes et inconstitutionnelles des gens de police le droit de juridiction, de jugement, *comme* s'ils étaient gens de loi et magistrats.

Conséquemment et prenant le contrepied des abus, coutumes et règlements en vigueur depuis les premiers mois du Consulat, c'est-à dire depuis plus de cent ans, la Commission avait réformé le système d'hospitalisation publique en ouvrant largement les hôpitaux généraux aux malades vénériens sans distinction de sexe et d'état, condamné le principe des hôpitaux spéciaux (hors les centres universitaires d'enseignement médical) comme symbolisant de manière dommageable le préjugé des maladies honteuses, *demandé* pour les étudiants un stage spécial, toutes réformes particulièrement soutenues par les professeurs Landouzy, Gaucher et Brissaud, réclamé la création d'un enseignement scientifique et moral des

(1) Le *Progrès médical* du 21 nov. 1903 ; 26 mars, 16 et 30 avril, 2 *juillet*, 3 décembre 1904 ; 8 décembre 1906 ; 10 août, 7 septembre, 14 et 21 septembre 1907.

questions intersexuelles à la jeunesse de grande adolescence avec l'objectif de créer, chez le jeune homme nommément, cette *conscience* particulière qui lui fait présentement défaut ; institué la création pénale d'un délit de contamination à l'usage de ceux (et de celles) qui propagent la vérole en se gaussant du tiers et du quart et tiennent ainsi, même comme fiancés et jeunes maris ou dons Juans (Pr Fournier, Dr Balzer) la conduite socialement et individuellement la plus délictueuse.

La Commission voulant bien marquer sa volonté d'en finir avec la Police des mœurs, avec toute règlementation et trompe-l'œil pseudo-sanitaire, avait du même coup réformé tout le chapitre pénal concernant le proxénétisme : ceci avait été l'œuvre particulière de deux magistrats MM. Bulot et Feuilloley. Le lecteur sait que jusqu'en 1903 le seul texte juridique destiné à entraver le proxénétisme était un article 334 C. P. qui... le reconnaissait : pour être puni comme proxénète, il fallait « exciter, favoriser, faciliter *habituellement* la débauche ; il fallait de plus que la victime fût *mineure* ». Ce texte, qui aurait pu cependant empêcher beaucoup de délits, a abrité sous sa protection séculaire toute une innommable pratique dans laquelle les maisons *autorisées* occupent le premier numéro. Le mouvement contre la Police des mœurs et la « traite des blanches » sans laquelle la police des mœurs et notamment la règlementation en maisons ne pourraient subsister, provoqua en 1903 l'institution d'une loi qui modifiait notre vieux code pénal sur ce point. Cette loi du 3 avril maintenait sans doute comme élément du proxénétisme pratiqué contre la jeune fille mineure la condition d'habitude, mais elle faisait un pas en avant : elle stipulait que désormais le proxénète serait puni s'il détournait la mineure *même* avec son consentement ; à l'égard de la femme *majeure* tenanciers, racoleurs, souteneurs, conservaient carte blanche : pour tomber sous le coup du nouvel article 334, il fallait que le proxénète détournât cette femme majeure par *fraude* (la violence n'était plus nécessaire pour le délit) ou qu'il la *retînt*, la *sequestrât* (en maison pour dettes par exemple). Il n'est pas superflu d'ajouter que, pour aboutir à ce résultat, dont nous ne nions pas l'intérêt, l'Europe juridique, morale, et administrative avait dû se mettre de concert en mouvement. Notre nouvel article pénal 334, en effet, n'est que la reproduction des dispositions arrêtées contre le proxénétisme par la *Conférence internationale* de 1902 *contre la Traite des Blanches*.

MM. Bulot et Feuilloley, et l'éminent professeur Gaucher, qui, avec le Pr Landouzy, a joué dans cette réforme particulière un rôle de courage et de justice qu'on ne saurait trop publier, ont déclaré que la législation de 1903 n'était dans la voie qu'une étape qu'il

fallait brûler. « *L'être humain, la femme n'est pas dans le commerce* a dit M. Feuilloley ». Et la Commission, sur la rédaction du Pr A. Le Poittevin, a voté toute une législation résumée dans les nouveaux articles 334 et 335 du Code pénal qui frappe d'amendes et de peines de prison graves tout embauchage, tout entraînement, tout détournement de femme majeure, même *consentante*. La Commission a voulu en finir avec cette ignoble industrie vénérienne qui commence aux abords des gares, se continue dans les hôtels garnis, les bureaux de placement, à l'affût des pauvres jeunes filles arrivées dans les grandes villes pour travailler et attendant un travail difficile à trouver, et s'achève dans la chambre de l'isolée rouée de coups par son « souteneur » ou dans le lupanar autorisé par M. le maire ou M. le Préfet.

Les maisons de tolérance dans le projet de la Commission ont donc vécu.

La dernière réforme arrêtée par la Commission vise la protection et la rééducation des jeunes filles mineures arrêtées en danger de prostitution chronique et institue ces *écoles de réforme et de métier* dont le Conseil municipal de Paris avait, dès 1883, réclamé la fondation dans le département de la Seine, au double titre d'utilité locale pour l'agglomération parisienne et de modèle pour les autres départements.

Tous ces projets de loi ont été fondus par le professeur Le Poittevin et ses collègues du Comité de rédaction juridique, à la demande expresse du président de la Commission extraparlementaire, M. Paul Dislère, président de la section de l'intérieur au Conseil d'Etat, en un *Projet de loi générale dit concernant la Prostitution et la Prophylaxie des maladies vénériennes.* M. Dislère avait insisté pour que l'œuvre de la Commission opposât jusque dans son titre, sa lettre et son esprit aux institutions administratives destinées à disparaître : le premier article du projet de loi générale stipulait que le pouvoir réglementaire des maires en matière de prostitution est aboli et que le régime nouveau sera intitulé le RÉGIME DE LA LOI.

Le projet de loi présenté au gouvernement dans les premiers mois de l'année 1908 était accompagné d'un magistral rapport du secrétaire général de la Commission, M. le directeur Félicien Hennequin, adopté par la *Commission extraparlementaire* dans sa dernière séance le 28 décembre 1907, dont nous croyons devoir mettre les conclusions textuelles sous les yeux des lecteurs du *Progrès* ;

« Nous espérons que, de la lecture de notre rapport, dit M. le directeur Hennequin, se dégagera cette impression conforme à la réalité, que l'œuvre de la *Commission extraparlementaire* fut inspirée par les plus hautes préoccupations, par le souci très vif de la

justice et de l'égalité pour tous les droits et les devoirs, du respect de la liberté individuelle, d'une plus grande humanité vis-à-vis des créatures dont la chute est si fréquemment imputable à la misère.

« Notre compte rendu des discussions est assez détaillé pour permettre de constater que si, au nom de principes supérieurs imprescriptibles, elle a revendiqué pour la femme, même déchue, le bénéfice du droit commun et les garanties dues à tout le monde contre l'arbitraire, la *Commission* ne s'est nullement désintéressée de la débauche et de son développement. Bien au contraire, ses efforts ont tendu, en même temps, à combattre par tous les moyens dont on pouvait disposer, le fléau de la prostitution, et à réduire le nombre de ses infortunées victimes. On en trouve le témoignage éclatant dans ces deux grandes réformes qui ont pour but, d'une part, d'arracher le mineur à la débauche et de tenter sa réformation morale ; d'autre part, de réprimer sévèrement tout proxénétisme, toutes les viles et dangereuses entreprises des trafiquants, qui précipitent incessamment tant de femmes dans la prostitution.

En supprimant un système séculaire unanimement condamné et même toute réglementation de la prostitution, la *Commission* n'a pas sacrifié à un idéal de justice des intérêts essentiels, ni accompli une œuvre purement destructive. Sur ces ruines, en effet, elle a aussi édifié, en édictant avec le plus grand soin, toutes les mesures jugées nécessaires et insuffisantes pour la défense de l'ordre et de la santé publics » (1).

L'œuvre de la Commission vient de recevoir tout récemment une première consécration. La partie du projet visant particulièrement la *réforme morale des jeunes filles mineures*, détachée du projet de loi générale, a été intégralement adopté et voté par le Parlement ; la nouvelle loi a été promulguée le 15 avril 1908 (2).

Reste la partie organique de la loi *sur la Prostitution et la prophylaxie des maladies vénériennes* : c'est contre elle que nous voyons converger en ce moment tout l'effort des règlementaristes impuissants à maintenir l'organisation ancienne devant la commission et, ajoutons-le, devant l'opinion. Tout cet effort s'estconcentré depuis tantôt une année — dès que la condamnation de la Police des mœurs est devenue certaine — dans la *Société française de prophylaxie sanitaire et morale* que préside et inspire son illustre fondateur,

(1) *Rapport général* sur les travaux de la *Commission extraparlementaire du Régime des mœurs*, présenté par M. F. Hennequin, sous-directeur au Ministère de l'Intérieur, secrétaire général de la Commission. (In-8° de 296 pages ; Melun, adm., janvier 1908).

(2) Observation du Dr P. Rouquette.

le Pr Fournier. Un homme public conduit ce mouvement avec tenacité passionnée d'un vaincu inachevé qui prétend encore à sa revanche. Est-il nécessaire de le nommer ? C'est M. le sénateur René Bérenger.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Syphilis de l'appareil respiratoire

APERT. — Syphilis pulmonaire. Dilatation bronchique. (Soc. de Pédiatrie, 17 mars 1908 ; in : *Presse méd.*, n° 24, 21 mars 1908.)

BOUCHUT. — Association de la syphilis et de la tuberculose pulmonaire. (*Province méd.*, n° 45, 9 nov. 1907.)

CASTEX. — Parasyphilis grave du larynx. (Soc. de Lar. ot. et rhin, Paris, 18 févr. 1908 ; in : *Presse méd.*, n° 16, 22 févr. 1908.)

CAUZARD. — Diagnostic de la syphilis et de la tuberculose du larynx. (*Bul. Soc. méd. Elysée*, n° 8, 7 oct. 1907 et *Journ. de méd de Paris*, n° 45, 1907, 312.)

FORNOS. — Sifilis pulmonar. (*Rev. esp. d. D. y. S.*, T. IX, n° 107, nov. 1907.)

HALSTED. — Syphilitic stenosis of the larynx. (*Amer. Journ. of Derm.*, Jun. 1907.)

IRVINE. — Prophylactic tracheotomy for œdema of the glottis of syphilitic origin. (*Amer. Journ. of Derm.*, Aug. 1906.)

MOSNY et MALLOIZEL. — Un cas de pneumonie blanche syphilitique chez l'adulte. (*Ann. des mal. vén.*, n° 10, oct. 1907.)

SCHWERD. — Syphilis of the larynx. (*Amer. Journ. of derm.*, May 1906.)

Hérédo-syphilis

AUDISTERE. — Hérédo-syphilitiques et traitement spécifique. (*Bul. Soc. méd.* Paris, n° 4, 27 févr. 1908.)

AUDRAIN. — Sur un cas de leuco-mélanodermie cervicale chez une hérédo-syphilitique. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 1, janv. 1908.)

BAIN. — Inherited syphilis. (*Brit. med. Journ.*, March 21, 1908.)

L. M. BONNET. — Perforation de la voûte palatine chez un nouveau-né hérédo-syphilitique. (Soc. nat. des Méd. de Lyon ; in : *Lyon méd.*, n° 6, 9 févr. 1908.)

BURGSDORF. — De la transmission héréditaire de la syphilis à la troisième génération (kératite interstitielle comme symptôme de la syphilis héréditaire à la troisième génération). (*Ann. de D. et S.*, n° 1, janv. 1908.)

BROWN-KELLY. — Diffuse hyperplastische Laryngitis und Pharyngitis bei Kongenitaler Syphilis. (Glasgow med. journ., nov. 1906 ; in : *Deuts. med-Zeit.*, n° 11, 7 Febr. 1907.)

Stedman Bull. — The deep intraocular lesions of infantile inherited syphilis and tardy inherited syphilis, from the standpoint of general pathology prognosis and treatment. (*Med. Record*, Apr. 4, 1908.)

Carle. — Notes sur l'influence comparée des générateurs dans l'hérédo syphilis. (*Ann. de. D. et S.*, n° 2, févr. 1908.)

Armand-Delille. — Mongolisme et malformation cardiaque chez un hérédo-syphilitique. (Soc. de pédiatrie, 19 mai ; in : *Bull. méd.*, n° 41, 23 mai 1908.)

Dreyer. — Ueber Blutungen aus den weiblichen genitalien bei Syphilis. (*Derm. Zeits.*, B. XIII, H. 8, Aug. 1906.)

De Favento. — Di un caso di sifilide ereditaria. (*Giorn. ital. d. mal. ven* fasc. V, 1907.)

G. Fornaca.— Influence de l'hérédité morbide sur la paralysie générale progressive. (Riv. sperim. di freniat. e di med. leg., 1907, XXXIII, 2-3 ; in : *Sem. méd.*, n° 28, janv. 1908.)

Gallego Alcaraz. — Heredo-sifilis. (*Rev. esp. d. D. y S.*, T. IX, n° 108, déc 1907.)

Gaucher et Abrami. — Kératite double interstitielle et surdité centrale d'origine hérédo-syphilitique. (*Bull. Soc. fr., D. et S.*, n° 6, juin 1908.)

Gaucher et Bory. — Hérédo-syphilide tertiaire. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 4 avr. 1908.)

Gaucher et Glover. — Surdité centrale bilatérale, hérédo-syphilitique de seconde génération. (*Ann. des mal. vén.*, n° 2, févr. 1908.)

Gastou et Legendre. — Dystrophies héréditaires et malformations congénitales constituant un ensemble de stigmates hérédo-syphilitiques chez un en fant issu d'une mère albuminurique à hérédité toxi-infectieuse complexe. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 5, mai 1908.)

Gaucher. — L'hérédo-syphilis quaternaire du tissu réticulé. (*Journ. de méd. et chir.*, Montréal, n° 17, 14 sept. 1907.)

Hand. — Some symptoms in childhood suggestive of congenital syphilis. *Amer. Journ. of Derm.*, oct. 1906.)

Heinrich. — Ueber Lues hereditaria tarda. (*Arch. f. D. u. S.*,X C B.,1 u. 2 H., Apr. 1908.)

Hochsinger. — Multiples Epiphysenlösung infolge hereditär-syphilitisher Ostéeochondritis. (Gessels. d. Aerzte, Wien, 8 März 1907 ; in : *Deut. med. Zeit.*, n° 23, 21 märz 1907.)

Kilmer (Th. W.). — Congenital syphilis, its diagnosis and treatment. (*Amer. J. of D.*, oct. 1906.)

Knowles. — Congenital syphilis, second baby in family. (Philad. derm. Soc Soc., jan. 15, 1907 ; in : *Journ. of cut. dis.*, March 1907.)

Lasaygnes. — De l'origine hérédo-syphilitique de l'ozène. (*Thèse*, Paris 1908.)

Clement Lucas. — Inherited syphilis. (*Brit. med. Journ.*, Febr. 1, 1908.)

Martin (S.). — Tratamiento de la sifilis hereditaria en los recien nacidos *Rev. esp. de D. y S.*, T. IX, n° 108, déc. 1907.)

Ménard, Le Moine et Pénard. — Contribution a l'étude clinique et radiographique de la syphilis héréditaire des os longs. (*Gaz. des Hôp.*, 25 avr. et 2 mai 1908.)

MERKLEN. — Hérédo-syphilis linguale précoce. (*Ann. de D. et S.*, 2 :· 1908.)

MERLET. — Le thorax en entonnoir dans ses rapports avec l'hérédo-sy- lis. (*Thèse*, Paris, 1907 : in : *Presse méd.*, n° 15, 19 févr. 1908.)

NATIER. — Surdité et hérédo-syphilis. Rééducation de l'oreille et gym- tique respiratoire. (*Bul. Soc. méd.*, Paris, 23 mai 1908.)

NEWMAN DORLAND. — The modern views of congenital syphilis. (*A- Journ., of Derm.*, sept. 1906.)

POLTIER. — Un cas de syphilis congénitale avec lésions gommeuses m- ples et dégénérescence pigmentaire par hématolyse. (*Arch. de méd. en anat. path.*, n° 2, 1907.)

P. RAVAUT. — Le liquide céphalo-rachidien des hérédo-syphilitiques. (*A- de. D. et S.*, T. VIII, n° 2, févr. 1907.)

H. .D. ROLLESTON. — Congenital syphilitic obstruction of the common b duct. (*Brit. med. journ.*, oct. 12, 1907.)

L.-G. SIMON.— Lymphome tuberculeux chez une enfant hérédo-syphili- que. (*Ann. de méd. et chir. inf.*, n° 24, 15 déc. 1907.)

TOWLE. — Hereditary syphilis. (Boston derm. Soc. ; in : *J. of cut. dis.*, Jun 1908.)

Pleurs syphilitiques ; les pleurs comme symptôme de syphilis héréditair dans la première enfance. (*J. de méd. et chir. prat.*, art. 2202).

Blennorrhagie — Gonocoque

ARONSTAM. — The rational treatment of urethritis. (*Amer. J. of Der-* nov. 1906.)

ABE. — Ueber die Kultur der Gonokokken. (*Centr. f. Bakt.*, H. 7, sept 1907.)

BOUVEYRON. — Principes du traitement rationnel de la blennorrhagie a- guë. Pourquoi faut-il laisser couler ? (*Echo de la méd. et de la Chir.*, 15 avri 1903.)

BRUSCHETTINI U. ANSALDO. — Studien über den Gonococcus. (*Centr. f Bakt.*, H. 6, 31 Aug. 1907.)

BUBOEMSKI. — Methylenblau-Behandlung der Gonorrhoe bei Frauen. (Russki Wratsch., 35, 1906 ; in : *Deut. med. Zeit.*, 1906, n° 100.)

CARLE.— Essai de traitement abortif de la blennorrhagie aiguë par les in- jections précoces et répétées. (*Rev.pr. des mal. d. org. gén.-ur.*, n° 22, 1er sept. 1907.)

COLIN. — La prophylaxie de la blennorrhagie. (*Rev. pr. d. mal. d. org. gén- ur.*, n° 17, nov. 1906.)

COMPAN ARNAU. — Contribucion al estudio de la terapeutica de ciertas es- trecheces uretrales de origen blenorragico, consideradas como incurables por los medios ordinarios. (*Rev. esp. de D. y S.*, T. IX, n° 103, Julio 1907.)

J. CSILLAG. — Mitteilungen über Gonosan. (*Allg. Wiener med. Zeit.*, Nr 20, 1905.)

L. DAVID. — Influence prophylactique du gonosan sur les complications de la blennorragie. (*Gaz. d. Hôp.*, p. 427, 1908.)

M. DESCHAMPS. — Note sur l'emploi du gonosan.

DUHOT. — Un cas d'épididymite blennorrhagique chronique guérie par l'épididymotomie. (*Rev. prat. d. mal. d. org. gén.-ur.*, n° 19, 1er mars 1907.)

DUNCAN LITTLEJOHN. — The diagnosis of chronic urethral diseases.(*Amer. Journ. of Derm.*, oct. 1906.)

DUNLAP. — Catarrhal urethritis in the female. (*Amer. Journ. of Derm.* June 1907.)

ERB. — Zur Statistik des Trippers beim Manne und seiner Folgen für die Ehefrau. (Münch. med. Woch., 48, 1906 ; in : *Deut. Med.-Zeit.*, n° 7, 24 jan. 1907.)

E. W. FRANK. — Ueber die Motwendigkeit der internen Behandlung infek tiöser Urethritiden. (*Derm. Centr.*, Nr. 4, jan. 1907.)

GALLATIA. — Sophol als Vorbeugungsmittel bei Ophthalmo-blennorrhoea neonatorun. (*Wiener. med. Woch.*, Nr. 6, 1908.)

GAUCHER et ABRAMI.— Erythème noueux blennorragique. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 6, juin 1908.)

GUIU Y GUTIÉRREZ. — El ictiol en la blenorragia del hombre. (*Rev. esp. d. D. y S.*, T. X, n° 112, Abril 1908.)

GUISY.— L'uréthrite chronique et son traitement. (*Rev. pr. d. mal. d. org. gén.-ur.*, nos 16 et 17, sept. et nov. 1906.)

A. HENNIG. — Ueber Gonorrhoische Epididymitis. (Monats. f. Harnkr., 1-3, 1906 ; in : *Deut. med.-Zeit.*, n° 29, 11 April 1907.)

A. HOPMANN. — Ueber die Verwendung der Protargolsalbe in der Behandlung der Wunden und Hautkrankheiten. (*Berlin. Klin. Wochenschr.*, 1904, n° 45.)

JAMPOLSKI. — Ueber das Vorkommen von Ernst'schen Keratingranula in normalen und erkrankten Schleimhäuten mit besonderer Berücksichtigung der Gonorrhoe. (*Deut. Med.-Zeit.*, n° 7, 24 jan. 1907.)

DE JOSSELIN DE JONG. — Un cas de méningite blennorrhagique. (*Centr Bl. f. Bakter.*, 20 déc. 1907.)

S. KALLAY. — Ueber innere Behandlung der Gonorrhoe. (*Deut. med.-Zeit.*, n° 1, 3 jan 1907.)

G. LÉOPOLD. — Zur Gonokokkenperitonitis im Wochenbett. Laparotomie Dränage. Genesung. (Zentr. f. Gynäk., 43, 1906 ; in : *Deut. Med.-Zeit.*, n° 7, 24 jan. 1907.)

LILIENTHAL. — Santyl, ein reizloses internes Antigonorrhoïcum. (*Derm. Zeitschr.*, B. XIII, H. 7, Juli 1906.)

Th. MAYER. — Zur Aspirationstherapie gonorrhoischer Urethritiden. (*Derm. Zeitsch.*, B. XIII, H. 8, Aug. 1906.)

MINET. — Sur le traitement des uréthrites chroniques. (*Bul. Soc. méd.*, Paris, 23 mai 1908.)

A. NEISSER. — Ueber örtliche und innere Behandlung der Gonorrhoe. (Med. Klinik, 14, 1907 ; in : *Deut. med.-Zeit.*, n° 33, 25 April 1907.)

NEUBERGER. — Die Verhütung der Epididymitis bei der Behandlung der Gonorrhoe im akuten und subakuten Stadium. (*Derm. Zeits.*, B. XIV, H. 1, jan. 1907.)

NOBL. — Ueber die postblennorrhoische Wegsamkeit des Ductus epididymitis. (Wien. med. Woch., 38-40, 1906 ; in : *Deut. Med.-Zeit.*, n° 11, 7 Febr. 1907.)

. F. Ramond. — Les microbes de l'urèthre normal de l'homme. (*Pr... méd.*, nº 15, 11 avril 1908.)

Reissmann. — Gonorrhea ; yesterday and today. (*Amer. J. of D.*, J... 1908.)

Rombach. — La méningite blennorragique. (*Caducée*, nº 8, 18 avril 19...)

Stanziale. — Die Bakterien der Harnröhre unter normalen Verhältniss und bei Gonorrhoe. (Zentr. f. Bakt., 42, 3 u. 4 ; in : *Deut. med. Zeit.*, n.15, ... Febr. 1907.)

Thalmann. — Eine neue Methode der Quecksilberbehandlung. (*Deut. Militär. Zeitschr.*, nº 3, 1906.)

Tanaka. — Ein Beitrag zur Pathologie und statistik der Epididymitis (*Arch. f. D. u. S.*, LXXXIX B., 2 H., Febr. 1903.)

Trousseau. — La conjonctivite blennorrhagique métastatique. (*J. de Prat.*, nº 23, 6 juin 1908.)

v. Wahl. — Fehlerquellen bei Gonokokkenuntersuchungen. (St. Petersb. med. Woch., 42, 1906 ; in : *Deut. med.-Zeit.*, nº 14, 18 Febr. 1907.)

Winkler. — Ueber den färberischen Nachweis des Gonokokkentod... (*Derm. Centr.*, jan. 1908, Nr. 4.).

Winkler. — Ueber die jodophile Substanz in den Leukocyten des gonorrhoischen Eiters. (*Arch. f. D. u. S.*, LXXXIX B., 2 H., Febr. 1908.)

Wormser. — De quelques modes de traitement peu usités de l'urethrite chronique rebelle. (Soc. méd. du IXe arrond., 10 mai 1906 ; in : *Journ. de méd.*, Paris, nos 24 et 25,10-17 juin 1906 et *Bull. des Soc. méd.d'Arrond.*, nº 12, 20 juin 1906.)

Zieler. — Ueber die Wirkungsweise der modernen Gonorrhoetherapie. (Münch. med Woch., 7, 1907 ; in : *Deut. med.-Zeit.*, nº 17, 28 Febr. 1907.)

Traitement abortif de la blennorrhagie aiguë. (*Journ. de méd.*, Paris, n 10, 7 mars 1908.)

Traitement de la goutte militaire. (*Ann. de thér. derm. et syph.*, 5 jan. 1908.)

Bubon - Chancrelle

Balzer et Galup.— Chancre mou du prépuce. (*Bull. Soc. fr. D. et S.*, nº 2, févr. 1908.)

Balzer et Galup. — Bubon inguinal avec polyadénopathie chronique d'origine chancrelleuse ; traitement par la méthode de Bier. (*Bull. Soc. fr. D. et S.*, nº 4, avr. 1908.)

C. Binz. — Ueber Venerische krankheiten im Altertum. (*Zentralbl. für innere medizin.*, 16 nov. 1907.)

Bornemann. — Zur Verwendung des Europhens bei Ulcus molle. (*Derm. Zentralbl.*, 1907.)

Galimberti. — Papillomi uretrali da sifilide, da tuberculosi e da neurotrofismo. (*Giorn. ital. d. mal. ven.*, fasc. IV, 1906.)

Gravagna. — Sulla cultura del bacillo dell'ulcera venerea. (*G. ital. d. mal. ven. e d. pelle.*, 1907, fasc. VI.)

Morton. — Chancroidal bubo and its treatment. (*Med. Rec.*, Jan 25, 1908.)

Mencioni et Astolfo. — La radioterapia nelle varie forme di adeniti che sussegnono all'ulcera venerea. (*Giorn. ital. d. mal. ven.*, fasc. III, 1907.)

Portillo. — Exposicion de un nuevo tratamiento abortivo de la adenitis inguinal venérea. (*Rev. esp. de D. y S.*, T. IX, n° 107, nov. 1907.)

K. Ullmann. — Thermo-therapy in the treatment of venereal diseases. (*Amer. J. of Derm.*, nov. 1906.)

Phagédénisme

Bayet. — Phagédénisme progressif de la verge. (*Bul. Soc. belge D. et S.* n° 4, 1906-1907.)

Breakey. — Phagedenii and serpigenous ulcers and infective granulomata. (*J. of cut. dis.*, March 1907.)

Brocq et Cl. Simon. — Contribution à l'étude du phagédénisme.(*Bull. Soc. méd. Hôp.*, n° 8, 4 mars 1908.)

Collin. — Ulcération phagédénique du scrotum consécutive à un eczéma nummulaire croûteux. Guérison. (*Gaz. hebd. d. Sc. méd.*, Bordeaux, n° 16, 19 avr. 1908.)

Hallopeau.— A propos du phagédénisme du chancre simple. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n ° 4, avr. 1908.)

Parouty. — Phagédénisme d'un bubon de l'aine. (Soc. anat. et phys., Bordeaux, 16 déc. 1907 ; in : *Gaz. hebd. Sc. méd.*, Bordeaux, n° 3, 19 janv. 1908.)

C. Simon. — Un cas de phagédénisme sur syphilides traité et guéri par l'exérèse chirurgicale. (*Ann. de D. et S.*, n° 2, févr. 1908.)

Prostitution — Prophylaxie

Butte. — Deux cas d'infection syphilitique malgré l'emploi prophylactique de la pommade au calomel. (*Bull. Soc. méd.*, Paris, 25 janv. 1908.)

Bailey. — Syphilis and the public. (*Amer. journ. of Derm.*, May 1907.)

Barduzzi et Silvestri. — Siflide da allattamento. (9e reun. d. Soc. Derm. Ital. ; in : *Giorn. ital. d. mal. ven.*, fasc. II. 1908.)

Bernheim. — Lutte contre l'avarie ;simple mesure prophylactique. (*Journ. des Prat.*, n° 16, 18 avr. 1908.)

Blaschko. — Das Merkblatt für sittlich gefährdete Frauen und Mädchen des Berliner Polizeipräsidiums und das Rettungswerk an Prostituierten. (*Z. f. Bek. d. Gesch.*, B. VI, H. 12, Febr. 1908.)

Bodin. — Devoirs du médecin envers les syphilitiques. (*La Clin.*, n° 12, 20 mars 1908.)

Carle. — Quelques réflexions prophylactiques, sanitaires et morales. (*Lyon méd.*, n° 6, 3 févr. 1908.)

Cauzard.— Secret professionnel et syphilis conjugale. (*Bull. d. l. Soc. méd. de l'Elysée*, n° 5, 4 mai 1908.)

Civatte. — A quelles conditions peut-on autoriser le mariage des syphilitiques ? (*Ann. de D. et S.*, T. VIII, n° 12, déc. 1907.)

Crockett. — A doctor's instruction to his venereal patients.(*Amer. Journ. of Derm.*, sept. 1907.)

Denslow Lewis. — Practical venereal prophylaxis. (*Med. Rec.*, oct. 121907.)

Etienne et Perrin. — Dangers de contamination de diverses maladies, par quelques habitudes très répandues et en particulier l'insalivation des objets usuels. (*France méd.*, n° 13, 10 juil. 1907.)

Finger. — Zur Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten. (*Zeit. f. Bek. Geschl.*, B. V, Nr. 11, Dez. 1906.)

Fuller. — A plea for the sexual protection for young boys. (*Am. Journ. of Derm.*, sept. 1907.)

Kemény. — Literatur über Sexualpädagogik. (*Zeits. f. Bek. d. Gesch.*, B. VIII, H. 4, juin 1908.)

Knochenhauer. — Familienleben und Prostitution bei aussereuropäischen Völkern. (*Zeits. f. Bek. d. Geschl.*, B. VI, H. 12, Febr. 1908.)

H. Lebon. — Prostitution et règlementation. (*La Clin.*, n° 4, 24 janv. 1908.)

Lecha-Martinez. — La avariosis como enfermedad social. (*Rev. esp. d. l. y S.*, T. X, n° 109 y 110, En. y Febr. 1908.)

G. H. Lemoine. — Prophylaxie de la syphilis dans l'armée. (*Presse méd.*, n° 42, 23 mai 1908.)

Levaditi. — La question de la syphilis au XIV[e] Congrès d'hygiène et de démographie. (*Presse méd.*, n° 90, 6 nov. 1907.)

Lévy-Bing. — La pommade au calomel peut-elle prévenir l'inoculation de la syphilis ? (*Ann. d. mal. vén.*, n° 2, sept. 1906.)

D. Lewis. — What shall we do with the prostitute ? (*Amer. Journ. of Derm.*, nov. 1907.)

Martial et Lemoine. — La syphilis, fréquence et prophylaxie. (Soc. de méd. publ. et de Génie sanit., 25 mars ; in : *Progrès méd.*, n° 14, 4 avr. 1908.)

Metchnikoff. — Sur la prophylaxie de la syphilis. (XV[e] Congrès int. Hyg., Berlin, Ann. Inst. Pasteur., oct. 1907, n° 10, p. 750-759 ; in : *Gaz. hebd. d. Sc. méd.*, Bordeaux, n° 45, 10 nov. 1907.)

Metchnikoff, Roux et Salmon. — Sur la prophylaxie de la syphilis. (XIV[e] Congrès int. Hyg. et Dém., Berlin, 23-29 sept. 1907; in : *Journ. méd.* Bruxelles, n° 47, p. 753, 1907.)

Möller. — Der ständige Kundenkreis der Prostitution. (*Zeit. f. Bek. d. Gesch.*, B. VIII, H. 1, April 1908.)

Morhardt. — Der Kampf um die Aufhebung der Reglementierung in Frankreich. (*Zeit. f. Bek. d. Gesch.*, B. VIII, n° 1, April 1908.)

Papée. — Die syphilis unter den Prostituierten in Lemberg. (*Arch. f. D. u. S.*, LXXXIX B., 1 H., jan. 1908.)

Pernet. — Note sur les préservatifs de la syphilis à travers les âges. (*Ann. des mal. vén.*, n° 10, oct. 1907.)

Le Pileur. — Les préservatifs de la syphilis à travers les âges. (*Ann. d. mal. vén.*, n° 7, juil. 1907.)

Preuss. — Prostitution und sexuelle Perversitäten nach Bibel und Talmud. (*Monatsh. f. pr. D.*, B. 43, n[os] 6, 7, 8, 9 u. 10 ; 15 sept, 1 u. 15 okt., 1 u. 15 nov. 1906.)

Alex. Renault. — Fréquence et prophylaxie de la syphilis. (Soc. de méd. publi. et de génie sanit., 29 janv. et 25 mars ; in : *Rev. d'hyg. et pol. san.*, n[os] 2 et 4, févr. et avr. 1908.)

C. Stern. — Die Reform der Arztlichen Aufsicht über Prostituierte. (*Z. f. Bek. d. Geschl.*, B. VI, H. 4, mai 1907.)

TRAVAUX ORIGINAUX

—

UNIVERSITÉ DE LIÉGE

Clinique des Maladies cutanées et vénériennes

Directeur : M. le Pr Troisfontaines.

—

QUELQUES NOTES SUR LA RÉACTION DES URINES DANS LES MALADIES DE LA PEAU

Par le Dr R. Waucomont

Introduction

A la demande du professeur Troisfontaines, nous avons été amené à rechercher quelle était la réaction urinaire dans un certain nombre d'affections cutanées vulgaires. Notre maître nous avait indiqué comme guide le traité intitulé : « Urologie pratique et thérapeutique nouvelle » (1) de M. H. Joulie, livre plein d'idées neuves et de lecture très attachante. Tout d'abord nous n'avions en vue que de contrôler la thèse de cet auteur quant à la fréquence de l'hypoacidité urinaire, mais, ayant constaté que chez un grand nombre de nos malades les urines étaient neutres ou alcalines, nous en vînmes à rechercher quelle pouvait être la relation entre cette hypoacidité et le développement des affections cutanées, notamment en instituant chez nos hospitalisés, à côté de la médication topique habituelle, un traitement acide.

Avant d'entrer dans notre sujet, il nous reste une réserve à faire : nous avons emprunté à M. Joulie ses procédés opératoires, nous avons pris connaissance, avec beaucoup d'intérêt, de ses minutieuses observations, mais nous ne pouvons nous associer à toutes les déductions qu'il tire de l'hypoacidité au point de vue pathologique (2). Sans doute, de telles conclusions, attirantes pour l'esprit par leur simplicité, peuvent être vraies, aussi ne les rejetons-nous pas *a priori*, nous constatons seulement que dans l'état actuel de la science, elles sont pour le moins prématurées.

(1) Paris. Octave Doin, éditeur, 2e édit. 1907.

(2) Voyez notamment pages 96 et suivantes.

Procédé opératoire

Nous ne donnerons ici que les détails strictement nécessair à l'intelligence de nos expériences ; ceux de nos lecteurs qui dés reraient approfondir la question voudront bien s'en rapporte l'ouvrage précité.

A. La liqueur de sucrate de chaux (chaux éteinte en poud gr. 20, sucre gr. 25, eau distill. 1 litre) qui sert à doser l'acidit doit tout d'abord être titrée. Pour cela, une burette graduée étan remplie de la solution, on verse dans un verre 10 cc³ d'acide $\frac{N}{10}$ auxquels on ajoute trois gouttes de solution de lockmoïde à 2 gr. pour 1000, et on fait tomber le sucrate de chaux, goutte à goutte, de la burette dans le verre jusqu'au virage de la coloration du lockmoïde du rouge au bleu. On arrête et on lit sur la burette la quantité de sucrate employée. Soit s cette quantité. Les 10 cc³ d'acide $\frac{N}{10}$ correspondant à 0,04 gr. de H_2SO_4, le titre du sucrate (Ts) sera égal à $\frac{0.049}{s}$

Malgré toutes les précautions prises (conservation à l'abri de l'air et de la lumière), le titre du sucrate baisse assez rapidement, aussi est-il à conseiller de le calculer souvent (tous les trois jours par exemple).

B. On procède alors à la recherche de l'acidité :

L'urine à examiner est filtrée, puis on en prélève 20 cc³ qu'on verse dans un verre lavé à l'eau distillée ; on laisse alors tomber goutte à goutte la solution de sucrate. Chaque goutte en tombant dans l'urine produit un trouble qui se redissout aussitôt par agitation, jusqu'à ce qu'enfin, toute l'acidité urinaire étant neutralisée, le précipité ne se redissout plus et forme un trouble léger et persistant, qui apparaît le mieux sur fond noir. On arrête alors et on prend note du nombre (s) de cent. cubes de sucrate versés.

Il ne reste plus qu'à établir le calcul ; l'acidité du litre d'urine (A) est égale au titre du sucrate (Ts) $\times$ par la quantité de sucrate employée (S) $\times$ 50, puisque les 20 c.c.³ d'urine qui ont servi à l'expérience représentent la cinquantième partie du litre.

$$A = Ts \times S \times 50.$$

C. — L'acidité au litre, telle que nous venons de la calculer

n'a qu'une valeur toute relative au point de vue de l'interprétation pathologique parce que l'eau contenue dans l'urine est extrêmement variable. Aussi, importe-t-il d'éliminer par un calcul convenable l'influence de ce facteur.

La température de l'urine étant soigneusement notée, on prend sa densité, dont on retranche la densité de l'eau prise dans les mêmes conditions ; l'excédent de densité (E) représente la matière sèche contenue dans l'urine. On procède de même pour tous les échantillons soumis à l'analyse.

Les nombres trouvés ne sont évidemment pas égaux aux poids de matière sèche contenus dans un litre de chaque urine, mais ils leur sont mathématiquement proportionnels. Aussi ne peut-on justement comparer l'acidité des divers échantillons qu'en rapportant à un même excédent de densité (100 par exemple) les nombres trouvés pour l'acidité au litre. Exemple : Si une urine a donné 0,506 gr. d'acidité au litre et 16743 d'excèdent de densité on dira :

Si 16743 d'excédent donnent 0,506 d'acidité, un excédent de 100 donnera : $\frac{0.506 \times 100}{16.743} = 3,022$

Tous les résultats connus, le rapport de l'acidité à l'excédent de densité sera $\frac{A}{E}$ par unité d'excédent. Seulement, comme on arrive à des nombres fractionnaires très bas, on multiplie par 100 le nombre obtenu $RA = \frac{A \times 100}{E}$.

Le rapport cherché (RA) est donc égal à l'acidité au litre (A) $\times$ 100 et divisé par l'excédent de densité (E). *Chez l'individu normal, la valeur de RA varie entre* 4 *et* 5 *unités.*

Observations générales

Dès l'entrée des malades à la clinique, nous avons soumis les urines à un examen ordinaire : réaction, densité, présence éventuelle d'albumine ou de sucre, ces deux facteurs, par leur influence sur la densité (1), pouvant fausser l'expression des résultats.

Un écueil était à éviter : nos hospitalisés appartenant presque tous à la classe ouvrière, on pouvait légitimement objecter l'influence de l'alimentation, surtout végétale, sur la réaction de l'urine ; aussi avons-nous eu soin, avant de recourir à la

(1) *Op. cit*, p. 70-71.

médication acide, de laisser nos patients pendant plusieurs jo sous la seule influence du régime mixte typique suivi à l'hôpi dans quelques cas nous avons observé un léger relèvement degré d'acidité, mais jamais celui-ci ne s'est élevé jusqu'à la n male.

Il va sans dire que nous nous assurions également de l'in grité des voies urinaires du malade, et notamment de l'abse de toute affection pouvant donner une réaction urinaire dép dant de l'alcali volatil.

Pour combattre l'hypoacidité, nous nous sommes servis d'aci phosphorique administré à la dose de 120 à 180 gouttes par jour suivant l'âge, (La solution d'acide phosphorique de la pharm copée belge renferme environ 10 % d'ac. orthophosphorique, s densité et de 1056-1057).

Passons maintenant à l'examen détaillé de quelques cas. Rap pelons que l'acidité normale est comprise entre 4 et 5.

Observation I.

Salle XV. Lit. 3. — Gr..., François, 63 ans, armurier, est entr à la clinique au début de décembre 1907, pour un eczéma suinta occupant la face, les avant-bras et la face dorsale des mains. Rien à noter aux antécédents héréditaires et personnels. Le tube diges est en bon état. Les selles sont normales. Alimentation surtout végétale. Le malade avoue un usage « modéré » d'alcool et de taba Le 3 janvier 1908, l'examen des urines donne la faible acidité de 1. 18. A partir de ce jour, on administre l'acide phosphorique à dose de 180 gouttes *pro die*.

Janvier 8. RA : 4.25 ; 9, RA : 4.73 ; 12, RA : 5.21. (Notable amé lioration) ; 14, RA : 4.18 ; 15, RA : 3.80. (Poussée aux oreilles et dans la région rétro-auriculaire) : 21, RA : 4.56 ; 27, RA : 3.70 : 29, RA : 4.12.

Février 1, RA : 4.23 ; 6, RA : 4, (Grande amélioration) ; 10, RA : 4.98 ; 14, RA : 4.78 (Nouvelle poussée aux oreilles et aux mains). 20, RA : 4.56 ; 25, RA : 3.94 ; 28, RA : 4.12 (Le malade quit te le service guéri).

Observation II.

Salle XVI. Lit. 3. — M.., Charles, 15 ans, ouvrier armurier, se présente à la clinique le 9 janvier 1908, porteur d'un psoriasis à larges plaques, qui, d'abord localisé aux coudes, s'est généralisé.

Ascendants et collatéraux bien portants. Rien aux antécédents personnels qu'une légère crise appendiculaire. Constipation légère, le malade s'abstient complètement d'alcool et de tabac, par contre il boit beaucoup de café.

9 Janvier, Urines alcalines, 13 ; Urines neutres (à partir de ce jour, on donne l'acide phosphorique à dose de 150 gouttes) : 15, RA : 4.16 ; (Amélioration notable) : 18, RA : 3.98 (on supprime l'acide phosphorique) : 22 (nouvelle poussée de psoriasis) ; 24, RA : 3.15 (à partir de ce jour, on rend acide phosphorique) ; 31, RA : 3.45.

4 février, RA : 4.62 ; 7, RA : 5.22 (état stationnaire) ; 12, RA : 4.86 ; 15, RA : 4.92 ; 22, RA : 5.14 ; 28, RA : 5 (poussée sur le tronc).

Mars 4, RA : 4.28 ; 9, RA : 452 (amélioration) ; 15, RA : 4.76 (le malade quitte la clinique notablement amélioré).

Observation III

Salle XV. Lit 5. — J..., Emile, 30 ans, mineur,se présente au service le 20 janvier 1908 pour eczéma suintant des avant-bras qui a débuté brusquement fin décembre 1907.

Rien à noter,dans l'histoire du malade, qui mérite d'être signalé.

Janvier 22, urines légèrement alcalines ; 24, urines neutres ; 27, RA : 1.9 (à partir de ce jour, acide phosphorique 180 gouttes *pro die*) ; 29 ,RA : 3.14 ; 31, RA : 2.32 ; (amélioration notable),

5 février RA : 4.30 ; 6, RA : 3.78 (l'amélioration persiste) ; 8, RA : 3.28, (le malade s'estimant guéri quitte la clinique le 11 février.)

Observation IV

Salle XV. Lit 8.—B.., Emile, 48 ans, photographe, a eu, il y a cinq ans, une attaque de prurigo, qui récidive, depuis,chaque année et qui l'amène à la consultation le 1er février 1908. Les voies digestives sont en bon état. Selles régulières. Le malade fait un fort usage de café et de tabac. Il dit user modérément d'alcool. On note de plus un état de nervosisme assez accentué.

1er février, urines neutres ; 3, urines neutres ; 5, RA : 1.7 (à partir de ce jour, acide phosphorique 180 gouttes) ; 8, RA : 3.7; 10, RA; 4.32 ; 11, RA : 5 (notable amélioration) ; 13, RA : 5.38 ; 17, RA : 4.76 ; 19, RA : 4.60 (Le 22, le malade quitte l'hôpital en faisant lui-même observer combien sa guérison a été rapide par rapport aux autres années).

Observation V.

Salle 15, Lit 11.— S..., Léopold, 15 ans 1/2, ouvrier maçon, nous arrive le 14 février, porteur d'un eczéma facial ayant débuté il y a 5 mois. Rien aux antécédents. Abstinence complète d'alcool et de tabac. Un peu de constipation avec céphalalgie légère.

14 février, urines alcalines ; 18, urines alcalines (à partir de ce jour, acide phosphorique 150 gouttes par jour) ; 19, RA : 2.96 ; 23, RA : 3.28 (peu de changement à noter) ; 28, RA : 3.12.

2 mars, RA : 3.76 (amélioration lente) : 5, RA ; 3.60 (on supprime l'acide phosphorique) ; 8, RA : 2.86 ; 11, RA : 3.18 (l'amélioration persiste mais sans progrès ; on rend l'acide phosphorique) ; 15, RA : 3.56). Vers le 20 mars, le malade quitte le service sur sa demande, en bonne voie de guérison.

Observation VI

Salle XVII. Lit 13.— P..., Mélanie, 19 ans, a eu, il y a huit ans une frayeur, suivie de chorée et d'une poussée de psoriasis, qui, depuis, récidive à intervalles irréguliers et l'amène à la clinique le 30 mars. Les voies digestives sont en bon état. La malade fait abus de café.

30 mars, RA : 1.2 ; 31, RA : 2,1 (on donne l'acide phosphorique à dose de 180 gouttes).

2 avril RA : 4.3 ; 5, RA : 4.7 (rapide amélioration) : 7, RA : 4. 2 ; 9, RA ; 4. 2)La malade sort complètement guérie.

Observation VII

Salle XV .Lit 1.— N.., Nicolas, 9 ans. Santé excellente. Un peu de constipation. Ce malade se présente au service porteur d'un eczéma ayant débuté il y a six mois dans la région auriculaire et qui a envahi progressivement la face et les régions latérales du cou.

12 Février, RA : 2.2 ; 15, RA : 1.8 (à partir de ce jour, 120 gouttes d'acide phosphorique) ; 19, RA : 5.3 : 22, RA : 5.7 (peu d'amélioration. L'acidité urinaire dépassant la normale, on supprime l'acide phosphorique) ; 26, RA : 3.62 ;

1er mars, RA : 3.62 ; (état stationnaire, on rend l'acide phosphorique) ;4, RA : 3.52 ; 8, RA : 3.94 (amélioration notable) ; 11, RA : 4.42 ; 15, RA : 4.78 (Le malade quitte le service le 20 mars, complètement guéri).

Observation VIII

Salle XVII. Lit 11. D.., Elisa, 14 ans, se présente le 8 février à la clinique, porteuse d'un psoriasis girata généralisé, dont la première apparition remonte à huit ans d'ici (au dire de ses parents). Rien à noter aux antécédents. Voies digestives en bon état. Selles régulières.

8 février, urines alcalines : 10, urines alcalines (à partir de ce jour, 150 gouttes d'acide phosphorique); 11, RA : 2.62 ; 19, RA : 3.92 ; 22, RA : 4.34 ; 25, RA : 3.25 (amélioration considérable) :

3 mars, RA : 3.68 : 6, RA : 3.25 : 10, RA : 3.18 (l'amélioration persiste) ; 16, RA : 3.36 : 21 ; RA : 3.92 ; 26, RA : 3.70 ; 30, RA : 4.14 (état stationnaire, on supprime l'acide phophorique).

1er avril, RA : 3.80 (Légère poussée sur cuir chevelu);4, RA : 1.72 : 7, RA : urines neutres ; 10, urines neutres (on reprend l'acide phosphorique) ; 12, RA : 2.46 (nouvelle poussée sur le tronc) : 18, RA : 3.36 ; 21, RA : 3.88 ; (Amélioration notable). 29, RA : 4.40

6 mai, RA : 3.40 ; (la malade quitte le se vice quelques jours après notablement améliorée.)

Observation IX.

Salle XVI. Lit. 3. — H.., Henri, ouvrier d'usine, 67 ans, souffre depuis six semaines, d'eczéma à forme humide, occupant la tête et la région scrotale. Etat général excellent. On note un peu de constipation. Usage « modéré » d'alcool, abus de tabac. Ce malade entre le 23 mars et ce n'est que le 7 avril que nous examinons ses urines pour la première fois.

7 avril, urines neutres (à partir de ce jour, 180 gouttes d'acide phosphorique) ; 9, RA : 2.36 : 13, RA : 2.20 ; 16, RA : 2.56 ; 19, RA : 3.28 (amélioration lente) ; 22, RA : 3.92 ; 24, RA : 4,18 (le malade quitte le service en voie de guérison ; il continuera l'acide phosphorique à domicile.)

Observation X.

Salle XV. Lit 9. — M.., Victor, 72 ans, conducteur de travaux a eu une première attaque d'eczéma aux mains, et dans la région cervicale en janvier 1908. Une récidive nous le ramène le 28 avril 1908. Santé très satisfaisante. Alcoolisme et tabagisme assez accentués.

30 avril, urines neutres (le 2 mai, on commence l'acide phosphorique 180 gouttes).

4 mai, RA : 3.34 ; 6, RA : 4.10 : 12, RA : 4.32 (Améliora... très lente) : 17, RA : 3.92. (Nouvelle poussée légère) : 21, RA : 4.1... 26, RA : 4.22 (léger mieux) ; 31, RA : 3.78 (l'amélioration pe... siste, mais la marche est très lente) :

5 juin. RA : 4.28 ; 12, nous avons revu le malade le 12 juin... bonne voie ae guérison.

Nous pourrions multiplier ces exemples qui offriraient p... d'intérêt par ce fait que ce sont toujours les mêmes affections... peu de chose près, que nous avons étudiées.

Nous ajouterons toutefois que nous avons examiné systéma-tiquement les urines des malades externes au point de vue de l'acidité ; toujours nous avons été frappés du grand nombre de réactions neutres ou alcalines.

Les 8/10 de nos psoriasiques ont une réaction anormale ; l'eczéma sous toutes ses formes, le lichen, les prurigos en offrent également une assez forte proportion.

Par contre, trois cas de pityriasis rosé nous ont donné une urine franchement acide.

Aux malades fréquentant la policlinique, nous avons également administré l'acide phosphorique. et les résultats que nous en avons obtenu concordent avec ceux de nos observations cliniques.

Enfin, notons que, comme contre-épreuve, nous avons recherché l'acidité chez des malades du service indifférents à notre point de vue (spécifiques, teigneux, etc.) L'urine était souvent acide, parfois neutre, rarement alcaline, Quant aux traitements locaux, nous n'en avons rien dit, ayant toujours employé les médications « classiques » les pâtes notamment dans le traitement de l'eczéma.

Conclusions.

Si on considère, d'une part, le nombre des cas hospitalisés, c'est-à-dire suivis au jour le jour, qui est relativement restreint et d'autre part le peu de variété que nous avons observé parmi les affections cutanées, soignées à la clinique, on comprendra que nous ne puissions légitimement établir de conclusions fermes.

Si nous avons publié ces notes, c'est pour engager ceux qui possèdent un grand matériel clinique à reprendre et poursuivre nos observations.

Il y a dans la question qui nous occupe plus d'un point obscur qu'il serait intéressant d'élucider.

Toutefois, nous croyons pouvoir tirer de notre travail les quelques conclusions qui suivent :

1° Dans les affections cutanées que nous avons cherché à observer, notamment le psoriasis, l'eczéma, le lichen plan, les prurigos, on constate avec une grande fréquence une réaction anormale des urines : celles-ci sont parfois neutres, souvent alcalines, rarement acides.

2° Cette réaction anormale paraît indépendante du genre d'alimentation ; en effet, si on soumet ces malades à un régime mixte typique pendant un temps variant de quatre à quinze (observ. IX) et même trente jours (observ. I), on note : soit le statu quo, soit un léger relèvement de l'acidité qui reste très inférieure à la normale.

3° Si on observe de plus, que, malgré l'administration quotidienne de doses assez notables d'acide phosphorique, le taux de l'acidité urinaire est resté souvent un peu inférieur à la normale et s'est rarement élevé au-dessus de celle-ci (voir observ.), on est amené à considérer l'hypoacidité constatée chez ces malades comme l'expression d'un *état* de l'organisme sur l'origine duquel devront se porter des recherches ultérieures.

4° Quant à l'influence de la médication acide sur les dermatoses ci-dessus observées, on peut dire :

a) Qu'en général, l'administration d'acide phosphorique n'a que peu ou pas d'influence sur la durée d'évolution de la maladie, tout en observant que dans certains cas (observ. IV et VI par exemple) ce facteur paraît avoir été favorablement influencé.

b) Par contre, l'usage de l'acide phosphorique paraît surtout indiqué pour assurer la stabilité de la guérison. Beaucoup de nos malades, surtout parmi les chroniques, nous ont assuré qu'ils se trouvaient mieux depuis qu'ils prenaient des « gouttes ». Notons enfin que jusqu'ici (fin juillet 1908) nous n'avons observé parmi les cas soignés à la clinique qu'une seule récidive (obs. VIII).

LE DÉLIT DE CONTAMINATION INTERSEXUELLE

Par M. le Dr Louis Fiaux (1).

La *Commission du régime des mœurs* demande la création d'un « délit pénal de contamination ». Elle a fondé le régime de la liberté ; elle le cimente par la responsabilité. La liberté est inséparable de la responsabilité.

L'abolition de la Police des mœurs permet — ce qui d'ailleurs n'avait guère pu être jamais interdit — aux individus en quête de relations libres, de se rechercher en observant les règles de la décence extérieure (que nous retrouverons établies plus loin): ce est le fait de l'*habeas corpus* ; mais il est désormais entendu et sous-entendu, au nom de la loi, que ces partenaires ne devront se réunir que dans des conditions d'intégrité physique réciproque assurées le plus complètement possible ; c'est entre eux une convention tellement absolue qu'elle est tacite.

Il n'est fait aucune distinction entre l'intégrité de l'homme et de la femme. L'institution d'une telle loi généralise en effet la règle sanitaire et étend son action bien au delà du champ de la prostitution vulgivague ou galante ; le concubinat plus ou moins prolongé ne lui échappe point et le mariage pas davantage. Le mari qui contamine sa femme, l'amant qui contamine une maîtresse hebdomadaire, mensuelle ou ... « légitime », sont retenus coupables comme le passant qui contamine une prostituée, comme la prostituée qui contamine son client d'habitude ou de hasard.

L'intervention de la loi dans une question de cet ordre n'est pas d'ailleurs une conception juridique nouvelle en elle-même : sans remonter aux législations de l'humanité ancienne qu'il ne faut cependant point dédaigner, car les mœurs sexuelles des hommes ne se sont guère absolument renouvelées au cours des siècles civilisateurs, il suffit de rappeler que les lois pénales de tous les peuples modernes s'occupent de ces questions ; elles

(1) Nous sommes heureux de pouvoir communiquer à nos lecteurs cet important chapitre du si remarquable ouvrage que M. Louis Fiaux, membre de la Commission extra-parlementaire du régime des mœurs, vient de publier sous le titre : « Un nouveau régime des mœurs » (Paris, Alcan).

fixent l'âge initial du mariage ; elles tentent de protéger l'enfance contre l'initiation précoce ; elles punissent le rapt et (sauf dans les pays européens, asiatiques et africains où la polygamie légale et luxueuse entraîne l'eunuchisme), elles punissent aussi la mutilation.

C'est M. Bérenger, comme nous l'avons dit, qui a proposé ici le délit pénal de contamination, mais comme nous l'avons dit également, on ne comprend guère l'état d'esprit juridique de l'éminent parlementaire. En 1901, sur notre proposition, appuyée d'un rapport de médecine et de droit, *la Fédération internationale pour l'abolition de la Police des mœurs* avait mis à l'étude cette loi de contamination intersexuelle. Les débats avaient eu quelque retentissement, provoquant, hâtons-nous de le reconnaître, plus d'oppositions que d'adhésions dans ce grand milieu de discussion qui ne laisse jamais passer un sujet d'étude sans le passer au crible. A peine les chefs ordinaires de la *Fédération* concevaient-ils l'introduction de ce délit dans un système de liberté ! Que fait M. Bérenger ? Il va prendre ce projet dans les délibérations de cette assemblée libérale s'il en fut, et l'incorpore dans un système de police des mœurs et de règlementation plutôt renforcé qu'atténué, comme si l'on pouvait superposer ou confondre le système règlementariste, qui est un régime de prévention avec le système du délit qui est un régime de répression, comme si la prévention ne continuait pas être le signe de l'arbitraire et la répression celui de la liberté !

Il a suffi de faire appel au sens juridique le plus élémentaire, de montrer que le délit pénal ne pouvait s'appliquer au groupe des femmes prostituées maintenues sous la surveillance de la police des mœurs, soignées par les médecins officiels des prisons policières en cas de maladies, libérées plus ou moins provisoirement en cas de blanchiment, pour que toute bribe du système règlementariste et préventif proposé par M. Bérenger fût écartée.

La femme inscrite malade, dont les lésions sont méconnues au Dispensaire, la femme inscrite toujours malade qui quitte Saint-Lazare ou tout hôpital-prison avec *exeat* en règle, n'auraient-elles pas le droit de rappeler au plaignant et au juge qu'elles n'étaient pour rien dans la fâcheuse affaire, que la responsabilité remontait à l'Administration, incombait à son mé-

decin ! N'entendait-on pas d'avance à la barre leur défenseur, un avocat du genre gai, rappeler (pour l'appliquer à sa cliente) le mot de cet amusant marquis du XVIII[e] siècle, mari complaisant et formaliste d'une épouse légère et féconde, qui, le devoir mensuellement accompli, pivotait sur ses pantoufles et marmottait en quittant l'alcôve : « Maintenant arrive qui plante, me voilà net ! » Elles aussi, à leur manière, avaient le droit de se croire nettes, cette libérée de Saint-Lazare, cette patentée du Dispensaire : M. Bérenger pouvait-il décemment les punir dans leur légitime irresponsabilité parce que le diagnostic du dispensaire avait été ce jour-là moins en éveil, parce que le médecin de Saint-Lazare avait autorisé une sortie prématurée (1) ?

L'intervention de la loi est d'ailleurs déjà acquise.

Le délit civil de contamination syphilitique existe en effet, et sa répression fonctionne sans que l'opinion se cabre ou se scandalise.

Le délit civil de contamination résulte tout simplement des articles 1382 et 1383 de notre Code civil (2), et les tribunaux l'appliquent couramment quand il s'agit de la contamination de nourrissons hérédo-malades à leurs nourrices, de nourrices à

(1) M. Bérenger, dans le système règlementariste qu'il proposait à la commission, système d'ailleurs condamné par elle à l'égal du système actuel, ne se contentait pas en effet de faire inscrire les femmes sur les registres de la Police en vertu du jugement d'un tribunal régulier et de leur imposer en vertu de ce jugement la visite corporelle policière bimensuelle : *toute personne*, autre que la soumise, *condamnée pour racolage* (et dont cette condamnation n'avait pu entraîner la livraison à la Police des mœurs pour inscription) était, en cas de maladie, réincarcérée pour traitement coercitif)

Cette disposition aggravative, superposée à la Police des mœurs, pour laquelle son auteur put obtenir un vote momentanément approbateur de la Commission dans la 21[e] séance était ainsi conçue :

« *Tout individu condamné pour racolage sur la voie publique ou dans les lieux gratuitement ouverts au public ou pour délits contre les mœurs, qui sera reconnu atteint de maladie vénérienne contagieuse et ne justifiera pas s'être soumis volontairement à un traitement spécial, sera conduit, sur l'ordre du juge, dans un établissement hospitalier et y sera retenu jusqu'à ce que son état n'offre plus de danger de contagion* ».

L'incohérence draconnienne, les vices juridiques de l'article et sa contradiction avec le système de liberté et de responsabilité adopté, le faisaient finalement rejeter par le Comité de rédaction : il ne figure dans le projet de loi définitif que par considération pour l'éminente personnalité de son auteur.

(2) Tout individu qui cause un dommage à autrui le répare. — La négligence ou l'imprudence ne sont pas cause d'irresponsabilité pour l'individu fautif.

nourrissons, de contaminations d'ateliers entre compagnons de travail industriel.

La jurisprudence est courante, mais elle ne s'en est pas tenue là; la contamination de l'épouse par l'époux a été assez rapidement assimilée à celle de la nourrice en tant que délit civil, malgré des conceptions parfois trop confessionnelles ou trop « vieux droit romain » du mariage. Elle entraîne aujourd'hui la rupture du lien conjugal (séparation ou divorce) avec des dommages-intérêts souvent considérables.

Il restait un pas à faire en avant, la jurisprudence l'a franchi. Le jour où l'éminent jurisconsulte qu'est le président du tribunal civil de la Seine, M. Ditte, a rendu ce jugement mémorable qui étend aux femmes, *hors l'état de mariage*, la protection dont bénéficiaient seules jusqu'ici les femmes mariées, et attribué à la maîtresse d'un jeune bachelier, licencié en droit, syphilisée par lui, des dommages-intérêts sérieusement notables, on peut dire que la question du délit civil de contamination avec cette addition était entièrement résolue (1).

La Commission ne croit pas ce système de liberté et de responsabilité sexuelles complet, ni la protection de la personne physique des gens, ni la protection du corps social même définitivement assurées, si la répression d'ordre pénal ne vient s'ajouter à la répression civile.

Juridiquement, cette conception est d'une justesse classique.

Tous les éléments constitutifs généraux du délit pénal se trouvent en effet dans le fait de la contamination inter-sexuelle :

1° Il y a d'abord violation de droit intéressant la société ; il y a violation de l'intégrité corporelle d'autrui ; un cas de lésion peut être plus ou moins grave ; dans l'espèce la gravité saute aux yeux.

Sans nous livrer aux exagérations souvent auto-suggestionnées de médecins spécialistes qui représentent la syphilis (2) comme

(1) Nous avons étudié la question du délit de contamination au point de vue civil et pénal dans un livre paru en 1907. *Le Délit pénal de contamination intersexuelle* (Paris, Alcan in-18 de 264 p.) en relatant et discutant nombre d'espèces sur lesquelles les tribunaux de Paris et de province se sont prononcés et se présentant d'ailleurs assez souvent. L'historique de la question y est retracé.

(2) Observons que la Commission n'a pas restreint le délit de contamination à la communication de la syphilis, comme l'avait fait la *Conférence internationale de prophylaxie* (Bruxelles 1902) dans son étude. et la *Société française de*

une maladie quasi-incurable, on peut toujours dire, malgr
progrès de la médecine curative, que ce mal est un des plus
cheux qui frappent l'humanité. Les accidents précoces fort
ves qui accompagnent parfois son évolution secondaire.
lésions organiques protéiformes qui marquent son évolution u
rieure, soumettent la victime aux échéances tantôt possib
tantôt certaines d'un malheur véritable, plus grave, plus lour
porter dans la vie que la plupart des lésions issues des accid
ou des crimes à l'occasion desquels les lois anciennes ont inf
et les lois modernes infligent de justes châtiments.

Le Code pénal punit l'auteur d'une blessure volontaire et m
involontaire, et l'on guérit cependant le plus souvent sans inf
mité d'un coup de couteau, d'une balle de revolver ; au bout
quelques semaines, de quelques mois, toute gêne fonctionn
toute déformation a disparu ; la victime se retrouve tout aus
valide qu'auparavant ; elle reprend le cours de la vie humaine nor
male avec ses peines, sans doute, mais aussi avec ses joies nat
relles : le contact, le coudoiement d'autrui sans mégarde lui es
permis ; elle peut aimer, se marier, fonder une famille, embrass
ses amis. L'épisode dramatique finit par s'estomper, se perd
presque dans l'oubli du passé.

Ici, rien de semblable. Il n'y a pas à ménager les mots. Qu
qu'optimisme clinique que l'on professe, la syphilis est une tar
temporaire heureusement sans doute souvent, longue souvent
aussi, interminable parfois. Le premier malheur qu'elle traîne
avec elle est l'interdiction honnête du mariage et de la pater —
ou — maternité pendant une longue période ; nous ajouterons
aussi l'interdiction honnête de relations sexuelles libres, au moins
sans l'application de tout un catéchisme de prescriptions, qui ne
suffisent le plus souvent pas à sauvegarder le partenaire confiant et
sain. A quoi bon discourir sur cette première gène de la personne
physique et morale ? nous n'y insistons pas. Mais le contamina-

prophylaxie fondée par M. Fournier, dans son vote : sur la proposition de M.
le conseiller Denis (28[e] séance), elle a englobé dans la répression pénale la
communication de toute maladie vénérienne sans distinction. Ainsi donc, ce
que nous dirons de la syphilis s'appliquera strictement aux autres maladies
sexuelles contagieuses, blennorrhagie, etc. M. Saint-Aubin, directeur des af-
faires criminelles et des grâces, nommé membre de la Commission au cours
de ses travaux, et M. Fournier (29[e] séance) ont étudié aussi très pertinem-
ment la question sous cet angle.

eur l'inflige à autrui, et la société se trouve ainsi lésée gravement puisque cette faute retarde ou interdit l'union légale qui est sa base et empoisonne les générations qui en naîtront ; puisque cette faute, par ses ricochets décuplés contribue à rendre à travers les foules la vie intersexuelle libre ou prostitutionnelle inévitablement dangereuse. Le contaminateur a fait de son malheur privé une catastrophe publique qui va se renouveler de corps en corps, de femme à l'homme, d'homme à femme, se multipliant ainsi à l'infini dans le présent et l'avenir. Le devoir social était d'éteindre la syphilis en soi : l'agent de la contagion imposée délibérément à autrui ou hypocritement coulée, n'a pas à arguer qu'il a été contaminé avant d'être contaminateur. Nous ne saurions accepter l'excuse du voleur qui, pour justifier son vol, plaiderait qu'il a été lui-même d'abord volé ! Dans l'espèce,le syphilisateur qui risquerait l'argument aggraverait singulièrement son cas, puisqu'il avouerait avoir été contaminateur informé !

2° L'agent de la contamination était-il en possession de sa raison morale ? Etait-il libre de commettre ou de ne point commettre l'acte nocif ? Répondre autrement que d'une façon affirmative serait ouvrir la porte à la justification des pires désordres et vouloir introduire dans l'état social le retour à l'animalité. La faute doit donc être légitimement mise au compte de l'agent contaminateur. Il y a lieu à imputabilité (1).

3° Reste la question de l'intention. Elle a soulevé de longs et intéressants débats dans la commission et a été traitée magistralement par M. A. Le Poittevin, l'éminent professeur de droit pénal à la Faculté de Paris, quand il s'est agi, le principe fixé, de graduer les peines, d'après l'état d'esprit et les méfaits des contaminateurs (2).

(1) Le lecteur entend de reste que nous n'allons pas surcharger le débat en traitant ici la question du libre arbitre en général et de son rôle dans le sujet particulier de la fonction sexuelle. (Consulter, la *Philosophie pénale* de G. Tarde, ch. IV, Théorie de l'irresponsabilité. p. 190-191. in-8°, 4° édit., Maloine, Paris, 1906, et l'intéressant petit volume du Prof Grasset (de Montpellier) *La responsabilité des criminels*, in-8°, Bernard-Grasset, édit. Paris, 1908.

(2) MM. Lucien Le Foyer, avocat à la Cour d'appel de Paris, et Edouard Dolléans, agrégé des facultés de droit, ont traité cette question de la responsabilité dans la contamination avec beaucoup de sagacité juridique, le premier dans un mémoire très poussé au point de vue de la philosophie du droit pénal, *Des conséquences juridiques de la contamination syphilitique* (Broch. Giard et Brière. Paris 1902),le second dans un remarquable livre, *La Police des mœurs* (in-8, L. Larose, Paris 1903.)

Trois cas de contamination existent.

Deux d'entre eux offrent un état mental certain sur lequel personne ne dispute.

Le premier vise l'état d'esprit du contaminateur *involontaire*. Ce contaminateur ou cette contaminatrice ne se savent pas malades, ou ne connaissent pas la nature de leur maladie, ou se croient guéris. L'état de récidive (fréquent chez le contaminateur sexuel) exclut ce premier cas, que nous tenons certes pour existant, mais qui est rare et le deviendra d'autant plus que les notions sur les maladies et l'hygiène sexuelles seront plus répandues par l'instruction et l'éducation particulières, précisément réclamées par la commission. En tout cas, la contamination involontaire ou inconsciente nous paraît beaucoup plus difficile à invoquer comme moyen de défense par l'homme que par la femme, pour des raisons qu'il serait aussi facile qu'il est inutile d'indiquer.

Le second cas est celui de contamination *volontaire* ; nous entendons ici que le contaminateur, délibérément, de parti pris, *volontairement*, provoque ou recherche la rencontre avec une personne dont l'intégrité sera très probablement sûrement sacrifiée ; mais ce mal, ce délit, le contaminateur veut précisément le commettre parce qu'il sait et se répète qu'il est lui-même armé pour cela, que son mal est contagieux.

Ce cas existe-t-il, demandera-t-on ? Force nous est de répondre en toute impartialité et avec plus de certitude qu'au moment où cette question était traitée par la Commission, que le délit volontaire de propagation de la syphilis est courant dans l'histoire sociale de la maladie. Il ne s'agit pas de rappeler, comme nous l'avons fait devant la Conférence de Bruxelles, l'aventure plus ou moins légendaire de l'avocat Féron, contemporain de notre roi François Ier, se faisant syphiliser en quelque « bourdeau » de la grand'ville, dans l'intention facilement réalisée de contaminer sa femme, *la belle Féronnière*, laquelle, en contaminant son royal amant, se faisait l'instrument involontaire de la double et *volontaire* vengeance du mari outragé ; il ne s'agit pas non plus de conter les lointaines historiettes analogues de Tallemant des Réaux (1).

(1) MÉZERAY (*Histoire de France*, années 1539 et 1547) : Pierre BAYLE (*Dictionnaire historique et critique* ; article François Ier, note), TALLEMANT des RÉAUX (*Historiettes*, édit. Techner, Paris 1865, t. IV, p. 416, t. V. p. 238, t. VI, 221-225).

.e Prof. Fournier, il est vrai, nous a ramené aux époques contemporaines en narrant l'histoire de cette femme qui voulant se venger d'une femme détestée, l'invite à un *five o'clock* et lui offre une tasse de thé dont les rebords avaient été préalablement enduits du virus prélevé sur le mal de son propre amant ! Sous une telle forme, cette machiavélique aventure pourrait garder son caractère d'exception (2).

La syphilisation *volontaire* existe malheureusement d'une façon quasi-courante dans les mœurs prostitutionnelles ou galantes de notre société actuelle, parfois même dans ses mœurs conjugales.

De communications circonstanciées dues à l'obligeance du Dr P. Descoust, médecin en chef du Dispensaire de Paris, il résulte d'abord que s'il existe beaucoup de prostituées honnêtes, comme celles qui viennent trouver le Prof. Gaucher à l'hôpital Saint-Louis pour faire rectifier un diagnostic règlementariste en défaut et hospitaliser leur maladie (3), il en existe aussi qui sont des syphilisatrices authentiquement, systématiquement *volontaires*. Leur syphilis est en traitement ; elles sont porteuses d'accidents *in situ* plus ou moins réfractaires dont le caractère contagieux est certain ; elles sont averties ; elles continuent cependant sans peur ni reproche à rechercher les rencontres ; elles syphilisent, syphilisent, syphilisent... Le médecin leur dit : « Madame, vous ne vous rappelez donc pas que l'on vous a expressément prévenue ; vous ne savez donc pas que vous donnez certainement la syphilis... Il y a quinze jours, moi-même, je vous ai précisément avertie... » Et la femme de répondre : « Je le sais bien que j'ai la v..., c'est bien pour cela que je continue à chercher les hommes ! Pourquoi me l'ont-ils donnée, eux ? Je me venge, parbleu ! Et puis faut manger aussi, n'est-ce pas ? » (*Février* 1907).

Les femmes n'ont pas le monopole du délit criminel délibérément accompli.

L'homme qui contamine une pauvre prostituée sans sou ni maille, insoumise ou inscrite à la Police, n'est-il pas cent fois plus coupable que cette malheureuse quand elle contamine à son tour ? Son délit social n'est-il pas aussi nocif en tout cas ? Cet homme n'est-il pas l'agent responsable de toutes les contaminations ulté-

(2) 29e séance.
(3) 1e séance.

rieures ? N'a-t-il pas mis en terre le grain unique mais virtu-ment producteur des cent épis gâtés qui vont jaillir ? (1).

Sans nous attarder à parler de l'amant qui abandonne sa [illegible] tresse avec ou sans enfant après l'avoir contagionnée et p[illegible] sans plus s'occuper à d'autres « connaissances » qui varie[illegible] l'agrément de ses bonnes fortunes et multiplieront ses victi[illegible] que dire de ces fiancés de la veille, de ces mariés du soir, dan[illegible] reux syphilitiques florides, qui, dûment avertis par le méd[illegible] inaugurent leur nuit de noces en contaminant la jeune [illegible] ignorante et chaste devenue la compagne de leur vie et lui in[illegible] gent la double malchance de maternités d'avortements ou d'e[illegible] fants avortons? Ils étaient prévenus, admonestés, détournés [illegible] leur médecin ; ils ont passé outre. La jeune fille avait une b[illegible] dot, l'industrie du beau-père était prospère, c'était une occas[illegible] unique !... Que le lecteur croie à l'abondante réalité de ces é[illegible] mérations de contaminations exclusivement masculines ! Il n[illegible] faudra y revenir d'ailleurs dans un instant, statistiques à l'ap[illegible]

Le troisième cas de contamination est celui sur lequel on [illegible] plus discuté ; il s'agit de la contamination *consciente*. Le contam[illegible] nateur conscient se distingue du contaminateur intentionnel [illegible] ce qu'il n'a pas l'intention, la volonté préméditée de contam[illegible] son ou sa partenaire. Mais il sait, comme le contaminateur vo-lontaire, qu'il est malade et contagieux et, cependant, homme [illegible] femme, il n'hésite pas à approcher d'une personne saine ! Si [illegible] réunion « tourne mal », a des conséquences pathologiques pour l'autre, tant pis ! C'est assurément le minime souci du contami-nateur conscient de savoir si son contact n'aura pas pour eff[illegible] certain de contaminer ce partenaire ; le partenaire est sacrifi[illegible] d'avance.

Le Prof. le Poittevin a éclairé d'une fine et savante analyse [illegible] cas de la culpabilité du contaminateur averti antérieurement [illegible] la contagiosité de son mal : il l'assimile, en ayant soin de préve[illegible]

(1) Nous plaçons dans le groupe des contaminateurs *volontaires inte[illegible]-nels* ces misérables (tous des hommes) qui, se sachant malades et essentie[illegible]-ment contagieux, *approchent* une jeune fille, une fillette, *une vierge* en un m[illegible] dans le but atroce et stupide *de se débarrasser de leur mal en le passant à la [illegible]-time* Ce préjugé inepte sévit encore dans certaines campagnes arriérées de France, ainsi que l'ont signalé MM. Bulot, d'Iriart d'Etchepare, Pr Land[illegible] (5e 28e, 29e et 33e séances.)

que la thèse n'est pas nouvelle pour tout le monde, au cas classique de l'armateur qui frète un mauvais bateau... Cette carcasse avariée peut-elle faire le voyage ? Peut-être oui, peut-être non.

Il peut se faire que le navire arrive à bon port, mais il a aussi de grandes chances pour faire naufrage et disparaître en mer corps et biens. Tout un personnel de braves gens, équipage et passagers, est à bord... Certes, l'armateur se défend de vouloir leur mort, la mort de personne... cependant cette catastrophe, ces morts, il les *prévoit* !

Si le naufrage se produit, si les hommes embarqués périssent, faut-il dire que leur mort a été *intentionnelle* ou qu'elle est le résultat d'une *simple imprudence* ?

Les Ecoles concluent différemment

L'Ecole allemande dit : « *Prévoir* c'est *vouloir. Précision, probabilité* équivalent à *certitude.* C'est le dol *certain* ».

L'Ecole française a tendance de répondre : « Non, l'armateur *n'a pas voulu la mort des matelots.* Sans doute il a agi pour que l'éventualité se produise, mais on peut soutenir *qu'il espérait que l'évènement ne se produirait pas. Prévision* n'est pas *intention.* Il y a *imprudence volontaire, consciente, prévoyante, fautive.* C'est le *dol éventuel.* »

Le dol éventuel prend place entre le crime intentionnel et la faute par imprudence, d'ignorance simple.

D'ailleurs M. Le Poittevin, entre ceux qui inclinent vers les sévérités de l'Ecole allemande (M. Feuilloley) et ceux qui préfèrent la solution française (M. Saint-Aubin), marque très nettement que, selon le degré d'intelligence du contaminateur, selon les conditions passagères ou durables des relations intersexuelles (prostitution banale, concubinat ou mariage) et les chances mauvaises plus ou moins certaines qui découlent de ces situations diverses, la culpabilité du délinquant s'allège ou s'aggrave (1).

En matière d'imprudences ou d'intentions au pénal, on sait du reste que l'on se heurte à nombre de difficultés, et que l'examen des espèces peut seul dicter aux tribunaux des jugements de complète équité.

Nous citons le détail de ce débat pour montrer quel soin minutieux a été apporté à l'étude des lois que demandait le Gouver-

(1) T. II, *Rapport* du Pr Le Poittevin, 711-713 et discours, 33e séance.

nement et au choix du meilleur texte destiné à punir les tr…
de contamination prévus.

Le principe du délit pénal de contamination intersex…
accepté, voté, comment l'introduire, par une terminologie p…
tive, dans notre Code ?

M. Emile Denis, conseiller à la Cour de cassation, dont la…
vante expérience et le fin sens juridique ont si souvent éclair…
discussion de cet important article (1), avait présenté d'abord
texte suivant qui avait servi à faire agréer le principe du dé…

« *Quiconque aura communiqué à autrui une maladie v…*
rienne DONT IL SE SAVAIT ATTEINT *sera puni d'un empris…*
ment d'un mois à cinq ans et d'une amende de 16 *à* 3.000 *fran…*

A ce texte, avait été ajouté un paragraphe visant le dél…
contamination *par imprudence* et édictant des peines légères.

Le texte de M. Denis prenait place au Code pénal au n° 3…
(livre III, titre II, section II) demeuré vacant par l'abrogat…
antérieure (en 1855) de l'article, et précédait ainsi immédiatem…
les articles qui visent la répression des voies de fait délictue…
et criminelles involontaires.

Mais M. Le Poittevin craignant que la *spécialisation même*
l'article ne le classât *en dehors du droit commun,* demanda u…
examen nouveau du texte et une rédaction plus large.

Comme l'avait déjà fait M. Augagneur pour la nouvelle orga…
sation prophylactique hospitalière, comme le feront *tout* …
l'heure MM. Bulot, P. Meunier, Feuilloley pour les lois relatives au
maintien de l'ordre public dans les rues et à la répression du pr…
xénétisme, l'éminent maître de droit pénal préféra rattacher la
nouvelle législation à une législation déjà existante, aux articles
du Code criminel en vigueur (2). Les articles 309, 310 311, 31…

(1) M. Bérenger avait retiré le texte qu'il avait lui-même proposé (2…
séance), devant le texte de M. Denis (29e séance).

Le texte de M. Bérenger était ainsi conçu :

« 1° Sera puni des peines de l'article 311 C. p., l'individu qui aura sci…
ment communiqué une maladie vénérienne.

» 2° Sera puni des peines de l'article 320 C. p., l'individu *qui aura p…*
imprudence communiqué une maladie vénérienne.

» La poursuite n'aura lieu, dans les deux cas, que sur la plainte de la per…
sonne lésée, ou, en cas de minorité, de ses parents ou de son tuteur.

(2) Comme M. Bérenger, on vient de le voir le faisait lui-même, et comm…
l'auteur — il se permet de le rappeler — l'avait fait également au Congrès de
la *Fédération abolotitioniste* en 1901.

t 320 C. p. deviendront l'instrument juridique de la réorme ; en un mot le droit commun existant, qui fournit sur tous es cas susceptibles d'être punis en matière de contamination les listinctions les plus circonstanciées, suffit à assurer l'ordre nouveau.

L'argumentation de M. Le Poittevin s'appuyait sur une évolution déjà relativement ancienne de la jurisprudence des cours mais tout récemment sanctionnée par un arrêt de la Cour de cassation.

La Cour suprême, en effet, dans un arrêt du 30 décembre 1905, venait notamment de décider que l'article 320 du Code pénal, en punissant les blessures et coups involontaires, prévoyait aussi, par l'application du mot *blessure* de son texte, non seulement les cas dans lesquels il y a *lésion externe*, mais ceux aussi dans lesquels le tort causé à autrui consiste en *lésions internes*, c'est-à-dire en *maladies*.

Un jugement du Tribunal correctionnel de la Seine (du 27 juillet 1888) avait déjà appliqué ce même article 320 dans une espèce où, par la faute des parents, une nourrice avait été atteinte de l'affection syphilitique.

Or les articles 309 et suivants du Code punissent les *blessures volontaires* ; les articles 319 et 320 punissent les *blessures par imprudence* ; or ces mêmes textes graduent les peines en distinguant l'intention et l'imprudence, en proportionnant encore la répression, dans le cas de blessures volontaires, suivant la gravité du mal causé, sa durée, sa permanence, suivant enfin la culpabilité de l'auteur (question de préméditation, etc.)

Qu'était-il donc besoin de libeller un nouveau texte pénal ? (1).

D'autre part le *droit commun civil* (art. 1382 C. civ.) fonctionnait déjà couramment en matière de dommages-intérêts pour communication de maladies vénériennes ; un tout récent arrêt de la Cour de Rouen (du 25 novembre 1905, postérieur par conséquent au jugement de M. Ditte) rendu en cas de communication de la syphilis par relations sexuelles, en fait loi.

Au civil comme au pénal, le droit commun solutionnait donc le problème.

(1) Le Poittevin : *Rapport* cité et 33e séance pour le *rattachement* du délit aux articles 309-311, 317-320. C. P. — V. Chap. II, 3e partie du présent livre Titre V, art. 33, du PROJET DE LOI.

Définitivement voté, le délit pénal de la Commission prenait ainsi place dans le projet de loi.

La greffe de la loi nouvelle une fois déterminée, un point important restait encore à fixer.

Qui aurait l'initiative de poursuites ?

C'est un principe en droit pénal que l'action publique est l'apanage presque exclusif du ministère public. D'un commun accord, la Commission et le Comité de rédaction juridique ont écarté cette règle, et il a été admis que « *la poursuite ne serait exercée que sur la plainte des personnes intéressées* », en d'autres termes, qu'il n'y aurait que la personne contaminée ou ses ayants droit en cas de minorité, qui pourraient intenter l'action

Cette disposition, empruntée à la procédure de l'adultère, où l'époux offensé a seul droit de plainte, a rallié l'unanimité des suffrages ; mais la question n'était pas entièrement résolue.

Le Prof. Le Poittevin, en effet, proposait qu' « *en cas de contamination volontaire et à dessein de nuire* », le ministère public recouvrât ou, plus exactement, conservât son droit, et c'est ici que le débat s'est engagé, suffisamment vif, on peut le qualifier tel, entre M. le Procureur général Bulot et M. le Conseiller Denis.

M. Bulot s'éleva contre ce dispositif : il lui parut que les cas de contaminations *conscientes* notamment, — entendus peut-être avec trop de facilité dans le sens de *volontaires* — pouvaient amener devant les tribunaux nombre d'individus que seules les personnes lésées avaient, à ses yeux, le droit d'appeler ; il accentua même sa volonté de restreindre le jeu du délit pénal, en ajoutant que les personnes intéressées, qui, seules avaient le droit de poursuite, « *pourraient* de plus *toujours et jusqu'au jugement définitif en arrêter l'effet* ».

Ainsi, quelle que fût l'intention des contaminateurs volontaires ou conscients, délibérément intentionnelle ou volontairement imprudente (nous mettons de côté l'imprudence simple), l'initiative des poursuites était radicalement enlevée au ministère public, et seule la personne lésée demeurerait juge de l'opportunité de la répression. Bien plus, la plainte portée et le ministère public saisi, ce même particulier avait le droit de revenir sur sa décision première, de ligotter l'action publique et de soustraire le délinquant au châtiment.

A l'appui de cette thèse, M. Bulot montrait que la protection

imposée à une victime, par la loi, par le procès d'office, lui serait fort souvent plus dommageable que la contamination elle-même, et il évoquait (1) le récent cas de ce père de famille, du père de ces jeunes garçons plus ou moins cités dans une assez vilaine affaire « d'efféminés » où un jeune monsieur était justement poursuivi pour avoir habituellement attiré de grands collégiens dans son rez-de-chaussée élégant... Là, une compagnie exclusivement masculine se désahabillait, paraît-il, pour commenter, en commun et avec plus de fidélité, certains textes d'Horace, de Martial, etc., où le vice grec est poétiquement célébré... Ce père, d'abord furieux — on le serait à moins — avait porté plainte contre le *manager* de ces réunions, puis, se ravisant, avait commencé par faire filer ses enfants en Suisse afin qu'ils y pussent continuer leurs études dans un milieu moins au courant de l'aventure que les lycées parisiens, avec l'espoir surtout que la présence des jeunes témoins pourrait être esquivée devant le tribunal. Il ne s'en était pas tenu à ces précautions ; il était venu trouver le Procureur général et l'avait supplié de modifier l'instruction, d'omettre les deux jeunes fugitifs, etc., et comme M. Bulot se déclarait les mains liées, le père répliquait : « Mes enfants sont deux fois victimes ! Leur moralité n'a pas seulement été atteinte par le vilain personnage, les voilà maintenant obligés de comparaître publiquement et au milieu de quel scandale ! C'est le déshonneur ! la vie de mes enfants est perdue ! » Comme M. Bulot élevait l'objection de l'intérêt social des poursuites contre un tel délinquant : « L'intérêt social, s'était écrié le père, c'est l'intérêt de mes enfants, c'est la même chose . .

Ce père n'avait pas parlé en vain. Sans doute, les enfants durent revenir, reparaître dans l'instruction, témoigner devant le Tribunal ; sans doute l'« efféminé » était condamné ; mais le Procureur général n'avait oublié ni la scène, ni l'argument. C'est cette scène que M. Bulot rappelait, cet argument qu'il invoquait pour demander que, par analogie, la personne déjà lésée d'une contamination vénérienne pût s'éviter la seconde atteinte, celle d'un honteux scandale, et non seulement fût la seule — quel que fût le cas de la contamination, même volontaire — à réclamer les poursuites mais pût encore les arrêter net avant le jugement *définitif*.

(1) 33e séance.

M. le conseiller Denis se plaçait sur un tout autre terrain que son éminent collègue pour appuyer le texte du Prof. Le Poittevin et surtout pour repousser l'amendement complémentaire relatif à l'arrêt des poursuites.

M. Denis n'admettait d'abord pas la définition de M. Bulot qui tend à établir en matière de répression pénale une confusion entre l'intérêt privé et l'intérêt social. Dire que l'intérêt social n'est que la collection des intérêts privés peut être l'énonciation d'une proposition philosophique juste en soi, mais s'en servir et surtout la dissocier pour mettre en opposition l'intérêt privé et l'intérêt social ne paraît pas à M. Denis une thèse absolument juridique. En tous cas cette doctrine n'a pas cours en droit pénal. S'il est exact qu'en matière d'adultère il existe, au bénéfice du plaignant, une procédure exceptionnelle qui lui permet toujours d'arrêter les poursuites, dont il a eu seul l'initiative, en nulle autre matière de même ordre (l'ordre sexuel), le Code n'admet un tel agissement. Précisément dans les procès de mœurs, de viol, il y aurait souvent un intérêt majeur à arrêter les poursuites et à « étouffer l'affaire »: le délinquant ne serait pas condamné, il est vrai; mais, du même coup, l'enfant corrompu, la jeune fille compromise resteraient « blancs » aux yeux de tous ; la tache serait *blanchie, maquillée....* Cependant la loi passe sagement par-dessus ces considérations très particulières ; le législateur pénal estime qu'il y a intérêt public à ce que le délinquant, coupable du crime d'outrage aux mœurs, soit puni et que la société soit protégée, que la société « enfantine » soit protégée... Dans sa balance, l'intérêt global de la Société l'emporte sur l'intérêt ainsi entendu du plaignant. L'autre doctrine ne mènerait à rien moins qu'à supprimer la loi.

Sur cette question de l'initiative et de l'arrêt des poursuites, M. Denis est revenu, même quand les débats ont été terminés, alors que le projet était voté par la Commission; mais le sujet lui tenait à cœur et il a considéré comme un devoir d'ajouter cette observation : « Il me paraît inadmissible d'abord que, lorsqu'il sera de notoriété publique qu'un individu a communiqué une maladie vénérienne à dix, vingt personnes qui n'oseront pas ou ne voudront pas parler, le ministère public ait les mains liées et les contaminateurs systématiques puissent impunément continuer... Comment, voilà un souteneur, avéré syphilitique, qui aura contaminé de pauvres ouvrières ! voilà une fille publique de la plus vi-

cieuse immoralité qui aura, se sachant malade, empoisonné des groupes de jeunes soldats, d'étudiants, de petits ouvriers, et ces personnages échapperont parce que personne n'osera se plaindre, parce que les parents de ces jeunes gens verront, pour leur intérêt privé, plus d'avantage au silence qu'au procès ! » Sur l'arrêt des poursuites, l'argument de M. Denis est simplement celui-ci : « Comment, un souteneur aura contaminé plusieurs jeunes filles et parce qu'il obtiendra le retrait de leur plainte *en les terrorisant* par la lame de son couteau, ce misérable échappera et la loi demeurera inutile ? »

Le contaminé a donc, en un mot, pour M. le conseiller Denis, le devoir de se plaindre, et la plainte portée — le premier mouvement est le bon — il ne devrait plus avoir le droit (au moins dans le cas de contamination volontaire, et peut-être très volontairement imprudente) de la retirer.

Quoi qu'il en soit, la commission a passé outre et suivi M. Bulot.

M. Yves Guyot, Mme Avril de Sainte-Croix, qui, tous deux, s'étaient d'abord élevés fortement contre l'introduction du délit de contamination dans le Code pénal, ont donné aux amendemnts libéraux du Procureur général l'important concours de leur approbation. Le délit pénal cessait judicieusement d'être à leurs yeux l'instrument officiel possible d'une oppression quelconque d'un arbitre restauré, d'une Police des mœurs reviviscente, *dès que l'action judiciaire restait exclusivement aux seules mains de la personne intéressée.*

Dès le début, comme dans les derniers feux du débat, M. Yves Guyot avait combattu vivement l'attribution du droit d'initiative, en matière de si délicates poursuites, à des magistrats peut-être trop zélés, insuffisamment éclairés ou préparés, susceptibles en nos temps de discordes, de faire intervenir contre des adversaires (opposants ou même gouvernementaux) des passions politiques trop emportées (une accusation même fausse disqualifierait si opportunément un électeur influent, un candidat redouté !). Mme Avril de Sainte-Croix, toujours généreuse, a plaidé en faveur de la pauvrette contaminée dont la plainte imposée ou le témoignage obligatoire ruinerait probablement à jamais l'avenir laborieux et familial. Qui voudrait comme servante, qui voudrait comme compagne, d'une fille physiquement convaincue, authen-

tiquement stigmatisée par la condamnation même de son contaminateur ?

Le texte de M. Bulot complétant l'article introducteur du délit, ainsi accepté par les membres les plus libéraux de la commission, a donc été voté, et le principe du délit pénal figure définitivement avec une approbation — on peut dire unanime dans la doctrine et l'organisation arrêtées par la commission du Régime des mœurs (1).

Ce n'est pas que la Commission ait fermé l'oreille aux objections que comportait l'institution prudente du délit pénal.

M. Bulot, qui devait finalement collaborer à la rédaction du délit en l'atténuant toutefois notablement comme on voit, avait, dès le début, marqué du doigt les points, pour lui difficiles, de la législation nouvelle.

En réalité toutes les objections se ramènent à une seule, la question de *la preuve*; la question du *chantage* en est dépendante (2).

Il nous paraît en effet superflu de répondre aux jeunes contradicteurs — la sève folle des passions bouillonnant aux bourgeons du printemps de la vie les excuse — qui repoussaient dans un Congrès, à Lyon, d'un ton véhémentement indigné, l'élément constitutif de l'imputabilité du délit au contaminateur, parce que tout être humain, au nom du Code rédigé par la nature, a un droit intégral absolu à la satisfaction de ses appétits sexuels !

Il nous paraît également hors de propos de renouveler l'amicale polémique que nous eûmes avec M. A. de Morsier, le penseur de

(1) 28e et 33e séances.

Il n'est pas inutile de rappeler que si le législateur français adopte les vues de la Commission extraparlementaire, c'est-à-dire confirme de son approbation la jurisprudence civile déjà issue de l'application de l'art. 1382 C. civ. et instaure dans la loi le délit pénal, notre Code ne sera pas le premier à bénéficier de la réforme.

La loi danoise (10 février 1866, § 181), la loi norvégienne (22 avril 1902, art. 155), le nouveau code pénal de Finlande (ch. XX. § 13), les lois pénales des cantons de Schaffouse (§ 185) et du Tessin § 425) punissent de la prison (jusqu'à deux ans), de la détention, de la peine des travaux obligatoires le fait de la contamination. En Norvège le proxénète de la personne contaminatrice est lui-même puni par la loi pénale.

(2) D'un mot M. le Conseiller Denis a fait justice de l'objection de chantage : « J'ai toujours vu dans ma longue carrière, a-t-il dit, le chantage être surtout nuisible au chanteur ». (T. II, 29 séance, p. 603).

haute originalité, l'éloquent député au Grand-Conseil génevois, qui repoussait le délit en invoquant *l'alea* morbide inséparable, à ses yeux, de toute union sexuelle (1). Ce n'est pas, nous le répétons, la maladie que l'on poursuit par la loi pénale, c'est l'acte conscient qui la communique dans un moment où l'intégrité temporelle est un devoir privé et social obligatoire des personnes d'abord l'une envers l'autre, puis envers la société même. Le droit de disposer de son corps n'entraîne pas le droit de disposer à mal de celui des autres. La liberté individuelle n'a pas de compte à demander quand on lui oppose l'ultime barrière qui interdit simplement l'empoisonnement de la personne d'autrui. Quant à la *théorie du risque*, l'*alea*, tout le mouvement du droit et de la civilisation qui se confondent tend au contraire d'une manière générale à la restreindre, à en conjurer les effets, en un mot à la supprimer : pourquoi la faire ressurgir en dogme dans le cas particulier des unions sexuelles ?

Plus pratique est la discussion, quand on objecte qu'en l'état des mœurs et des préjugés, sous l'influence des habitudes administratives, le délit pénal pourrait bien n'être, comme l'a dit Mme Avril de Sainte-Croix, appliqué qu'à la persécution des femmes malades, conséquemment au pourchas de celles qui le sont le plus souvent, les prostituées, et qu'ainsi cette prétendue loi de liberté restaurerait plus sévèrement encore la Police des mœurs ! (2) L'objection serait grave si l'on pouvait poser en principe et prouver qu'une loi de droit commun ne peut être appliquée en notre pays autrement que comme une loi de classe et de catégorie, une loi d'arbitraire, si les deux mots peuvent s'accoupler. L'objection n'est-elle pas négative de tout ordre juridique ? En l'état de la jurisprudence, les craintes qui la provoquent ne doivent-elles pas se calmer à la vue des condamnations civiles (divorce, dommages-intérêts), déjà fermement distribuées par les

(1) *Le Problème du néo-Réglementarisme*, Rapport par A. de Morsier au Congrès de Dresde (broch. de 24 p. Genève, 1904, p. 19). V. *idem* : *La Police des Mœurs en France et la campagne abolitionniste*, par A. de Morsier, p. 96-97 (sur le délit de contamination), un vol. in-8°, chez P.-V. Stock, édit., Paris, 1902).

(2) Mme Avril de Sainte-Croix, non plus que M. Yves Guyot, n'a d'ailleurs contesté l'application, en cas de contamination, de l'article 1382 (responsabilité civile) ; elle a de plus (33e séance) déposé sur le bureau de la commission au nom du *Conseil international des femmes* un vœu réclamant le divorce *de plano* en cas de contamination de l'épouse par le mari.

tribunaux aux maris qui contaminent leur femme, aux amants qui contaminent une amie digne d'estime.

L'objection issue du secret médical est également intéressante : mais elle ne demeure pas sans réponse.

On a parlé en effet du secret médical comme d'un obstacle au fonctionnement du délit pénal et à sa constatation devant les tribunaux pour convaincre le contaminateur *conscient* ; le contaminateur *conscient* convaincu d'avoir contagionné plaiderait toujours *l'imprudence*, disant qu'il ignorait son mal, la nature de ce mal, etc., et comme pour le convaincre il faudrait faire appel au médecin traitant, lequel est lié par l'art 378 C.p., il serait impossible de convaincre le contaminateur de son état de conscience délictueux. En réalité on n'aurait à punir que les contaminateurs *par imprudence*. L'objection tombe déjà pour le contaminateur en état de récidive, mais elle nous paraît d'ailleurs parfaitement soluble, l'âge des accidents, leur aspect modifié par le traitement, la mentalité, le degré de culture, la position sociale, les antécédents du délinquant étant très suffisants au juge pour établir sa conviction et faire sortir la preuve malgré les dénégations intéressées (1).

Ceci nous amène à la *preuve* même. Comment convaincre le contaminateur ou la contaminatrice du délit de contagion sur la personne même de la plaignante ou du plaignant ? Là est la question.

Nous observons d'abord, le débat ainsi posé, que le contradicteur va chercher l'exemple de la prostitution la plus intense, la plus vulvivague possible, et demande toujours comment déterminer le contaminateur d'une prostituée qui reçoit une série d'hommes dans sa journée ou dans sa nuit, la contaminatrie d'un jeune homme qui voit en une semaine plusieurs filles ?

Si l'on restreignait le problème à ce terme strict, la solution pourrait en effet être, sinon introuvable, du moins difficile. Mais ces conditions sont-elles les seules dans lesquelles s'exerce la prostitution ? Celle-ci est la plus vulgaire, la plus commune qui soit : il est d'autres formes où l'on ne relève pas l'affluence dénoncée,

(1) C'est aussi l'avis motivé du Dr Balzer (28e et 33e séances), médecin de l'hôpital Saint-Louis. — La question du *synchronisme*, du parallélisme des accidents chez le contaminant et le contaminé est couramment tranchée dans les procès de nourrices contagionnées par le nourrisson.

souvent d'ailleurs invraisemblable et alléguée pour les besoins de la cause.

Quand on étudie la vie prostitutionnelle, là où elle est le plus difficile à pénétrer, dans les grandes villes, on voit d'abord vite que, dans toutes les couches sociales, demi-mondaines ou populaires, les personnes qui la pratiquent(en mettant les étrangers à part), ne se renouvellent, ni du côté des hommes ni du côté des femmes, avec cette rapidité vertigineuse, qui mettrait soi-disant en présence incessamment des figures nouvelles. Les bals publics, les promenoirs de Folies, les théâtres, les lieux de promenade paraissent pendant un assez long temps, à qui fait l'enquête, toujours fréquentés par les mêmes individus. Ceci limite déjà le champ des recherches.

On voit ensuite que nombre de ces femmes reçoivent souvent les mêmes hommes à titre d'habitués, de clients.

On voit encore, et ceci est non moins important, que la prostitution n'est pas constamment — elle ne peut pas l'être— ce steeple chase haletant, cette course débraillée courue sans interruption par les couples de rencontre que dépeint la Police des mœurs ; en réalité un nombre considérable de femmes ont, par respect public d'elles-mêmes, la prostitution plus discrète ; le chômage fait la prostitution des petites ouvrières intermittente ; des ressources à côté, des gains heureux, sagement ménagés (le cas est fréquent) la font plus rare, lui inspirent sinon le choix,du moins une sélection. La prostitution ouverte à tout venant comprend sans doute les filles soumises telles que la réglementation les a créées, et nombre de filles non inscrites qui leur ressemblent; mais ce serait une erreur capitale de déclarer toutes les femmes vivant librement coulées dans ce même moule. Le Préfet de Police a très bien différencié ces variétés de classe et leurs qualités ou défauts divers quand il a parlé de la surveillance plus ou moins lourde que sa police secrète exerce sur elles (1).

Enfin on affecte toujours, quand on combat le délit pénal de contamination, pour défendre le régime arbitraire de la Police des mœurs, de ne voir que les contaminations échangées dans les promiscuités des relations d'une prostitution systématiquement professionnelle sans attention, ni mémoire.

(1) 4e séance

Cette erreur a dans le débat une gravité fâcheuse et il est facile de la réfuter.

Il y a d'abord dans le monde même de la prostitution, si le mot ici peut être déjà employé, toute une catégorie considérable de personnes chez laquelle la recherche du contaminateur est relativement et même absolument facile,ce sont les jeunes filles, les petites filles, les *mineures* en un mot.

Tous les ans, la Police des mœurs arrête à Paris, au titre administratif si élastique de filles insoumises, plus de *mille* jeunes filles ou fillettes détournées par des individus qui, non seulement les initient d'une manière déplorablement vilaine et précoce à la vie sexuelle, mais, *près d'une fois sur deux*, les contaminent de syphilis ou d'une autre maladie vénérienne. Ainsi de 1878 à 1887, en dix ans, 11.465 mineures de moins de 20 ans sont arrêtées ; sur ce nombre, 4.712 sont vénériennes ; 2.651 sont syphilitiques, soit plus de la moitié des malades, plus du quart des arrêtées ! L'immense majorité de ces pauvres filles sont des domestiques(1),des travailleuses employées dans le petit commerce boutiquier, des femmes de ménage, des apprenties ; parmi elles, on compte des fillettes de 15, 14, 13, 12 et 11 ans.

Il serait intéressant de connaître les statistiques de même nature, de 1888 à 1908 (2).

Ne voilà-t-il pas derrière ces malheureuses des coquins bien difficiles à distinguer, à prendre au collet et sur qui l'on peut frapper au nom du délit pénal de contamination ? Quelle impossi-

(1) Exactement pour cette période décennale, 2.681 domestiques, dont 752 mineures sont syphilitiques. (*La prostitution clandestine*, par le Dr Commenge, du dispensaire de Paris, ch. VII, III, p. 356-370).

Sur ce nombre 2.681 domestiques ou servantes, on ne relève que 142 filles de brasserie, dont 67 majeures et 75 mineures. (Op. cit., *id.*).

V. aussi un mémoire du Dr Le Pileur à la Conférence de Bruxelles de 1899 sur les mineures et une récente statistique (Bulletin de la Société Française de prophylaxie, 10 janvier 1907).

Sur 1.012 femmes que M. Le Pileur a traitées dans son service à Saint-Lazare ayant de 31 à 11 ans, 510 avaient *de 16 à 21 ans*, 459 *de 16 à 11 ans* ; le reste 43 avait été contaminé de 21 à 31 ans.

(2) Ces statistiques nous ont été refusées à Paris par M. le Préfet Lépine qui a allégué ne pouvoir communiquer aucun renseignement ni chiffre sur la Police des mœurs sans l'ordre exprès du ministre de l'Intérieur actuel (Lettre du 8 mars 1907) ; elles nous ont été refusées également en province par tels maires et commissaires centraux alléguant l'interdiction absolue de toute communication de cette nature, formulée dans une circulaire du même ministre, M. G. Clémenceau, en date du 13 février 1907.

bilité ou objection ? La police arrête des malfaiteurs autrement secrets et qui se cachent, eux ! Les nôtres ne se gênent guère ; sous la protection du régime des mœurs, sous le régime de l'arbitraire unilatéral, ils vont, viennent, recommencent, persévèrent et leur vie sexuelle malsaine est un jeu de pestilence ambulante dans la cité. Quel autre groupe de contaminateurs plus patent espère-t-on ?

On a prétendu, nous ne l'ignorons pas, que parmi ces pauvres jeunes filles, il y en avait d'aussi blasées, d'aussi oublieuses des choses et des visages que les vieilles prostituées de lupanars, ces quarantenaires impassibles qui ont vu défiler sans souvenirs l'ignoble meute durant des années et encore des années ! On a soutenu qu'elles seraient incapables de dire et à qui elles se sont données ou abandonnées et qui a pu les salir de contagion ; on a même fixé à un quart,à 25 %, le nombre de ces infortunées ! Mais,si le fait est vrai, la plainte précise des autres ne suffit-elle pas pour établir que la répression a ici bon et utile emploi ? Quand on ne frapperait chaque année que 100, que 50 de ces coquins, le résultat moral et sanitaire serait-il indifférent ? L'exemplarité corrigera le reste : *pœna in paucos et metus in omnes.*

A côté de ces misérables, il y a cette autre variété plus facile encore à désigner et à punir, ces fiancés innombrables que de récents mémoires médicaux opportunément publiés ont dénoncés au grand public, ces syphilisateurs d'honnêtes femmes qui n'hésitent pas, malades, en pleine floraison de syphilis, à se marier et se rient de tous, en premier lieu du médecin qui les a avertis, mais est tenu au secret par devoir professionnel. Les Drs Barthélemy, à la Conférence de Bruxelles, (1), Balzer, à la Commission, Prof. Fournier, à la Commission et à l'Académie de médecine (2), ont mis ces faits instructifs en pleine lumière. Le délit pénal inscrit au Code aurait sur ces sortes de gens une telleaction qu'il a suffi à M. Balzer, pour détourner certains d'entre ses clients, moins osés que les autres, d'un mariage inévitablement contaminateur, de profiter de leur ignorance du droit et de sup-

(1) Seconde conférence internat. de Bruxelles (1902) T. II, 163.

(2) *Document statistique sur les sources de la syphilis chez la femme* (Bulletin de l'Acad., 25 oct. 1887, p. 538-549) et *La syphilis des honnêtes femmes* (2 et 9 octobre 1906) p. 190-206 et 232-246). Il s'agit de femmes authentiquement mariées et syphilisées par le mari avouant du reste au médecin sous le sceau du secret.

poser l'existence d'une loi qui, en cas de contagion, les frapperait de prison et d'amende (1) !

Les résultats sociaux du délit de contamination intersexuelle dans le régime de liberté seront donc avant tout des résultats sanitaires et moraux dont on peut supputer l'excellence générale de quelque côté que l'on regarde (2).

A la place d'une unilatéralité arbitraire et restreinte à une catégorie de personnes, le délit pénal met un régime de droit commun qui doit être, sans exception, observé par les plus grands comme par les plus petits, une loi qui concerne — enfin — les hommes, et leur apprend le premier mot de respect dû aux femmes en commençant par protéger les plus infimes d'entre elles.

Il rétablit l'égalité devant la loi comme devant la médecine publique ; il supprime une classe de parias ravalées au rang de bêtes de somme ; il leur rend leur dignité humaine ; il leur apprend à elles, comme à tous, la responsabilité dans la liberté, dans l'autonomie de l'individu ; il est en même temps un frein aux mœurs doublement mauvaises, quand à la licence elles mêlent la contagion. A la place de l'hygiène aberrante de la Police des mœurs qui regardait d'abord au sexe des gens malades pour les déclarer ou non dangereux, il met une hygiène rationnelle. Il éveille intelligemment la mentalité des malades, il les aiguille vers la médecine, vers une médecine exercée largement, humainement, et avec probité.

On a dit du délit qu'il venait bien tard et quand le mal était fait ! C'était médiocrement en comprendre l'esprit.

Le délit pénal créera chez ceux et celles qui ne l'ont point encore en eux, la notion du devoir ; il éveillera ici la crainte sans doute,

(1) 28e séance.

(2) V. sur le sujet, les observations de M. le Prof. Gide, T. II des P.-V. 28e séance, 577, et un bel article du maître : *Le délit pénal devant la Commission extraparlementaire* (*le Relèvement social* de Saint-Etienne, 15 décembre 1905).

Le Dr Quevrat, médecin de l'hôpital Cochin, s'est également prononcé par les mêmes raisons pour la responsabilité civile et *pénale*, en matière de contamination intersexuelle : comme son collègue des hôpitaux, M. Balzer, il a signalé la force que donnerait au médecin un texte de loi qui lui permettrait d'invoquer une autre autorité qu'une impuissante morale, pour parler à ces syphilitiques deshonnêtes dont le plaisir et l'intérêt sont les seuls mobiles. (V. p. 31-48 du livre *Contre la police des mœurs*, 1 vol. in-18, éd. Cornély, édit. Paris).

mais là il éveillera la réflexion honnête et fera naître dans nombre de cervelles encore très brumeuses le sentiment d'une altruisme d'une certaine sorte qui n'aurait peut-être point trouvé d'autre porte d'entrée ; il créera en un mot ce que nous appellerons la « conscience sexuelle ». Compagne de la morale ou de la peur, la conscience — avec ou sans épithète — est encore au privé et au public la meilleure prophylaxie parce qu'elle conseille la meilleure conduite.

Le délit pénal nous paraît en l'état d'une humanité insuffisamment désanimalisée au point de vue intersexuel et à tels autres points de vue, la plus solide clé de voûte d'un système de droit commun scientifiquement antagoniste de la Police des mœurs.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux.

Asphyxie locale des extrémités chez un tuberculeux génital (1).

Par M. Alf. Pousson.

Le malade que je vais avoir l'honneur de vous présenter est atteint de deux affections qui, *a priori*, semblant complètement étrangères l'une à l'autre, sont étroitement réunies par une communauté d'origine pathogénique. A vrai dire, je n'aurais sans doute pas saisi leur lien de parenté, s'il ne m'avait été indiqué par mon ami le docteur Sabrazès.

Voici, très brièvement, l'histoire clinique de ce malade :

Il s'agit d'un jeune homme de vingt-huit ans, sans antécédents héréditaires et d'une excellente santé apparente, qui vint me consulter pour la première fois, il y a environ un an, pour un gonflement torpide non douloureux de l'épididyme droit. Le toucher rectal, en me faisant découvrir des noyaux d'induration dans la prostate me conduisit au diagnostic de tuberculose épididymaire et prostatique. A ce moment, il n'existait aucun trouble fonctionnel du côté de la vessie : les urines étaient parfaitement claires et limpides. Je prescrivis un traitement général reconstituant et antibacillaire.

(1) Séance du 22 mai 1908.

La santé de ce malade se maintint bonne et les lésions locales demeurèrent stationnaires.

Il y a environ deux mois et demi, le malade commença à ressentir dans le petit doigt de la main droite une sensation de refroidissement et de fourmillement, en même temps qu'il vit les téguments pâlir par instants, pour devenir à d'autres moments violacés, bleuâtres et noirâtres. Bientôt la sensation de fourmillement fit place à une véritable douleur continue, constrictive, analogue à celle de l'onglée. Ces phénomènes s'étendirent aux deux doigts voisins, annulaire et médius de la même main, mais sans atteindre la même intensité. Au lieu des troubles ischémiques siégeant sur le petit doigt, ce furent surtout des troubles asphyxiques qui se produisirent sur ces deux doigts.

C'est à ce moment, trois ou quatre semaines après le début des accidents, que le malade vint consulter M. Sabrazès, qui reconnut de suite les signes de la maladie si bien décrite par Maurice Raynaud sous le nom d'asphyxie locale, de gangrène des extrémités, et n'hésita pas à rattacher son origine à la tuberculose génitale préexistante.

Considérée pendant longtemps comme une entité morbide relevant d'une lésion assez mal définie du grand sympathique, l'asphyxie locale des extrémités n'est plus regardée que comme un syndrome, reconnaissant pour origine pathogénique diverses toxémies, tels que l'impaludisme, le diabète, la lèpre, etc. Parmi ces toxémies se place celle qu'engendre la tuberculose.

Louis Rénon, un des premiers, a attiré l'attention sur cette manifestation inattendue de l'imprégnation des tissus de l'organisme par les toxines élaborées par les bacilles de Koch et montré de quelle valeur elle peut être pour le diagnostic des tuberculoses cachées de certains viscères profonds de l'abdomen par exemple, dont la pathologie commence à peine à être connue.

En raison de l'importance clinique des faits signalés par L. Rénon et dont mon ami Sabrazès m'a dit avoir vérifié plusieurs fois l'exactitude, j'ai cru intéressant de vous montrer ce malade.

J'ajouterai que les lésions qu'il offrait du côté de l'épididyme droit et de la prostate sont sensiblement restées dans l'état, mais qu'il existe actuellement des signes d'endolorissement de la muqueuse urétro-vésicale par les bacilles et que peut-être le rein droit est pris.

M. Lagrange. — Le rapport établi par M. Pousson entre la tuberculose épididymaire dont est atteint son malade et l'asphyxie locale du membre supérieur droit me surprend. Comment se fait-il que les tuberculeux pulmonaires, qui charrient des quantités de toxines, ne présentent pas fréquemment cette asphyxie locale ?

M. Mongour.—Cette relation pathogénique ne m'apparaît pas très évidente. S'il existe des toxines tuberculeuses vaso-constrictives capables de produire l'asphyxie locale, il existe aussi des toxines vaso-dilatatrices.

M. Pousson.—Hippocrate l'a dit : « *Ars tota in observationibus* ». Cet adage contient toute ma réponse. Nombre de cliniciens dont la valeur est indiscutable, Potain entre autres, ont constaté l'existence de cette asphyxie locale chez un certain nombre de tuberculeux ; ils ont établi un rapport de cause à effet entre les deux affections. Que vaut cette pathogénie ? Je l'ignore. M. Lagrange la critique ; c'est son droit. Pourquoi cette localisation accidentelle des toxines microbiennes ? Elle s'explique peut-être par une sensibilité exagérée des centres trophiques. Je n'en sais pas davantage et je suis en bonne compagnie. Je vous ai présenté ce malade comme un sujet intéressant sans avoir la prétention de solutionner les difficultés que soulève ce cas pathologique.

Société de médecine de Lyon (1)

Injections de calomel à 40 p. cent.

M. L.-M. Bonnet (médecin de l'Antiquaille). — Bien qu'elles aient été depuis quelque temps l'objet des vives attaques de quelques auteurs, les préparations mercurielles insolubles sont restées d'un usage très courant, car elles rendent des services inappréciables.

Rien ne saurait remplacer l'huile grise pour un traitement de longue haleine, parce qu'elle impose au malade le minimum de dérangement et aussi le minimum de douleur. Mais elle ne convient pas cependant à tous les cas, et chaque préparation (soluble ou insoluble) a ses indications.

Le calomel occupe une place à part dans cet arsenal thérapeutique à cause de son efficacité spéciale. Là où toutes les préparations mercurielles ont échoué, il faut essayer le calomel, et l'on voit souvent quelques centigrammes de ce sel réussir merveilleusement. C'est l'arme la plus puissante que nous possédions. Cependant les injections de calomel restent un traitement d'exception, parce qu'elles sont très souvent douloureuses et parfois atrocement douloureuses.

Pour y remédier, on a essayé d'ajouter un anesthésique à la préparation. Mais cela ne donne aucunement le résultat cherché, car la douleur du calomel ne commence guère que 48 heures après la

(1) Séance du 29 juin 1908.

piqûre, c'est-à-dire à un moment où l'action de l'analgésique a disparu depuis longtemps.

On sait que l'huile grise employée d'ordinaire, et qui n'est pas douloureuse, est titrée à 40 °/o de mercure ; elle nécessite l'usage d'une seringue spéciale. Pour permettre celui de la seringue de Pravaz ordinaire, on a proposé des huiles grises à titre plus faible, à 10 °/o par exemple : or, elles sont douloureuses. D'où il résulte que le volume injecté a une très grande importance au point de vue douleur, et que pour éviter celle-ci on est obligé d'employer des préparations contenant, sous un très petit volume, la quantité de mercure voulue.

On pouvait se demander si ce n'était pas une loi générale, et si, en employant un calomel à 40 °/o on n'aurait pas des phénomènes douloureux moindres qu'avec les préparations usuelles titrées à 5 ou 10 °/o. C'est ce qu'ont pensé MM. Eudlitz, Lafay et Lévy-Bing, qui ont essayé une huile au calomel à 40 %, demi-liquide, ayant pour véhicule le mélange de vaseline et lanoline employé pour l'huile grise. Et ils ont observé que cette préparation était réellement bien moins douloureuse que les préparations de calomel employées antérieurement.

J'ai fait également quelques essais comparatifs à ce sujet, et il m'a paru, comme à ces auteurs, que, sous un faible volume, le calomel était moins douloureux. Sur 29 injections de 6 centigr. de calomel à 40 °/o j'en ai eu : 11 pas douloureuses du tout, 15 un peu douloureuses, 3 franchement douloureuses (sans être cependant très douloureuses). Or, avec les préparations ordinaires, il y a peut-être la moitié des injections de très douloureuses.

J'ajoute que les phénomènes locaux (empâtement, etc.) ont été presque nuls dans tous les cas.

Cette préparation de calomel a encore d'autres avantages. Par sa richesse en mercure, elle est si antiseptique qu'on n'a pas besoin de grandes précautions pour éviter l'infection de la préparation et de la seringue. D'autre part, il est facile de doser exactement ce qu'on injecte, car le calomel reste en suspension homogène, grâce à la consistance du véhicule employé.

Evidemment, il faut continuer les essais avant de se prononcer d'une manière définitive et exacte sur l'indolence relative du calomel à 40 °/o, car on peut tomber sur des séries plus ou moins heureuses ; mais jusqu'à présent il semble bien se confirmer qu'il y ait là un progrès notable. Et d'autre part cette préparation est d'une manipulation très simple et très commode.

M. Horand. — Il est important de savoir que le volume joue un rôle dans la douleur produite par les injections de calomel.

Un inconvénient des préparations insolubles, c'est qu'elles peuvent laisser un nodule qui peut s'enflammer. J'ai opéré nne malade ayant eu une injection de calomel cinq ans auparavant.

Je fais usage couramment de l'huile grise. Le plus souvent il n'y a pas de douleurs, mais parfois il s'en produit.

M. Leclerc. — D'après les cas rapportés à la Société médicale des hôpitaux, il semble que l'huile grise ait été cause de pas mal d'accidents.

M. Bonnet. — Dans tous les cas d'accidents graves produits par l'huile grise, on peut relever une faute importante qui est à la charge de l'opérateur et non du médicament: erreurs énormes dans les doses, rapprochement exagéré des piqûres, surveillance insuffisante de la bouche, etc.

Pour ce qui est du calomel à 40 °/₀, il m'a paru moins douloureux qu'au titre habituel ; je ne dirai pas cependant qu'il est indolore.

M. Soulier rappelle un cas de Tripier où le mercure était resté enkysté ; longtemps après, il se produisit de l'inflammation et le malade mourut.

Société Médicale des Hôpitaux de Nantes.

Lupus étendu et grave du membre supérieur

Par MM. les Drs Bureau et Chastenet de Géry

Mon collègue le Dr Gustave Bureau a publié, en 1905, dans la *Gazette Médicale de Nantes* l'observation d'un cas intéressant de lupus ulcéreux du membre supérieur ayant amené une déformation considérable de la main. J'ai retrouvé la malade qui avait fait l'objet de cette étude à la salle 15 *bis*, pendant le mois d'avril, alors que je suppléais M. Vignard.

Les lésions graves et étendues dont elle était atteinte m'ont paru, aussi bien qu'au Dr Bureau, commander l'amputation, que j'ai pratiquée un peu au-dessus de la partie moyenne du bras.

Je vous présente donc le segment du membre enlevé. A côté des vastes ulcérations caractéristiques, vous constaterez des déformations d'origine cicatricielle qui sont particulièrement remarquables au niveau de la main. Cette main est un moignon informe muni de quelques ongles à son extrémité et d'un pouce plus ou moins atrophié. Les quatre derniers doigts sont complètement soudés. On comprend même mal à première vue comment le simple processus d'ulcération et cicatrisation alternatives a pu aboutir à une pareille

difformité. Mais la radiographie que j'ai fait faire et que voici montre qu'en dehors de leurs déplacements réciproques déterminés par les rétractions des parties molles, les éléments du squelette sont intacts quant à leur forme et à leur volume.

Il y a aussi au niveau du pli du coude une large bride cicatricielle qui maintient l'avant-bras dans une demi-flexion.

Les ulcérations remontaient très haut, presque jusqu'à l'épaule, mais celles qui occupaient la partie supérieure du bras étaient insignifiantes et ne méritaient pas que, pour les supprimer, je fisse la désarticulation de l'épaule.

La malade, actuellement guérie, est une femme de 65 ans dont l'état général, malgré cette maladie, est resté, en somme, très bon. Son lupus a débuté il y a 32 ans environ par une ulcération très douloureuse de l'auriculaire gauche. Cette ulcération à marche serpigineuse s'est étendue progressivement d'abord, puis des poussées inflammatoires avec fièvre qui étaient peut-être de l'érysipèle, en ont activé périodiquement la marche. Et ainsi, pendant que le lupus progressait en certains points, il se cicatrisait ailleurs spontanément ou sous l'effet de divers traitements de manière à constituer les lésions que vous pouvez observer sur cette pièce.

SOCIÉTÉ ANATOMO-CLINIQUE DE LILLE.

Etiologie des vergetures

Par le Docteur P. PIET (de Denain).

I.— *Vergetures de la grossesse et varices lymphatiques.*

Je crois avoir démontré précédemment la possibilité de la transformation des varices lymphatiques en vergetures et *vice versa*, dans certains cas pathologiques. J'ai pu constater, depuis, la même transformation dans un accouchement terminant une grossesse normale.

Le 1er juillet 1907, j'étais appelé près d'une femme au terme de sa 6e grossesse, en travail depuis quinze heures, les contractions internes ayant cessé. La dilatation ne dépassait pas la dimension de la paume d'une petite main, le col était œdémateux, la poche des eaux était rompue et il y avait procubitus d'une main et du cordon. L'engagement ne se faisait pas nettement. Je crus devoir faire une version podalique qui amena un enfant mort. Avant l'intervention, on voyait nettement de chaque côté de l'hypogastre des

cordons saillants sinueux paraissant remplis de liquide translucide, qui aboutissaient d'une part vers le milieu de chaque pli de l'aine et se continuaient de l'autre par des files de vergetures disposées en éventail de chaque côté de l'abdomen. Une heure après la délivrance, les cordons avaient disparu, laissant à leur place des vergetures typiques.

Les suites de couches ont été absolument normales et apyrétiques

II. — *Fréquence des vergetures dans le sexe masculin.*

Ayant l'occasion d'examiner chaque jour un certain nombre d'hommes des pieds à la tête, en vue d'apprécier leur aptitude à certains travaux industriels de la métallurgie, j'ai pu constater qu'un très grand nombre étaient porteurs de vergetures parfaitement caractérisées, disposées en files horizontales parallèles, parfois au nombre de douze ou quinze de chaque côté, dans la région lombaire et la région lombo-sacrée.

Un relevé portant sur 374 sujets m'a fourni 61 cas de vergetures, soit 16,9 %. Ce relevé est le résultat de trois semaines d'observation. Des souvenirs portant sur plus d'une année me donnent lieu de croire que cette proportion est sensiblement constante (15 à 20 %), au moins pour les ouvriers de la grosse métallurgie, dans notre région.

Le mécanisme de production de ces vergetures paraît assez difficile à déterminer. Elles se rencontrent sur les sujets de tous âges (à partir de 16 ans du moins), de tout embonpoint, de tout tempérament. On pourrait se demander si elles ne sont pas dues à une activité génitale particulière, par analogie à ce qui se passe dans le sexe féminin, où leur cause presque unique est la gestation, mais j'en ai vu sur un sujet dont les deux testicules étaient gros comme des noisettes et imparfaitement descendus. Peut-être sont-elles dues à l'activité des masses musculaires sous-jacentes, qu'exige le travail professionnel.

SOCIÉTÉ LINNÉENNE DE BORDEAUX.

Présence d'un « Cercomonas » dans un épithélioma suppuré de la face (1),

Par MM. les Drs J. SABRAZÈS et L. MURATET

Le cancer ulcéré sert fréquemment de milieu de culture à des microbes divers et à des protozoaires. Le cancer est fréquemment

(1) Séance du 15 juillet 1908.

infecté par des spirochètes, soit chez l'homme, soit chez les animaux.

On sait aussi que dans le cancer de l'estomac se fait une véritable culture de bacilles lactiques particulièrement étudiés par Boas et que fréquemment dans les liquides gastriques examinés immédiatement après leur extraction, on a trouvé des protozoaires. Dans cinq cas de cancer de l'estomac et un cas de gastrite alcoolique, A. Rosenfeld (1) a constaté la présence de Trichomonas intestinalis dans le liquide gastrique retiré à jeun.

Récemment se présentait à nous, provenant du service de M. le Professeur Demons, un homme âgé de cinquante ans, atteint d'un énorme cancer épithélial de la joue ayant débuté dans la cavité buccale et perforé les téguments du visage. Les trajets fistuleux, en champignon, laissaient sourdre un pus grumeleux, abondant, très fétide, dans lequel on trouvait associés des cellules néoplasiques, quelques-unes cornées, des leucocytes polynucléés neutrophiles, des macrophages, une flore microbienne riche et variée comprenant entre autres de nombreux spirochètes de la bouche. Il existait dans ce pus un protozoaire flagellé très mobile répondant au genre Cercomonas, c'est-à-dire à forme ovoïde, aux deux extrémités effilées, l'une se continuant par un flagelle. Le nombre des parasites n'était pas très considérable, une dizaine par préparation tout au plus. Dans la salive prélevée dans la cavité buccale on retrouvait ce Cercomonas.

L'association à un cancer de protozoaires du genre Cercomonas a déjà été signalée par Zunker (2) dans la salive d'un homme atteint de cancer de l'estomac ; mais chez des sujets non cancéreux et dont la cavité buccale est en mauvais état (dents cariées ou hygiène défectueuse), des Cercomonas peuvent être rencontrés dans la salive ou le tartre dentaire. Dans notre cas, ces flagellés trouvés dans la cavité buccale et dans des conditions de milieu favorables à leur développement, se sont propagés de là aux lésions cancéreuses du voisinage et y ont colonisé. Nous avons examiné un très grand nombre de cas d'ulcérations diverses et jamais nous n'avons trouvé de protozoaires.

La tumeur était un épithélioma pavimenteux lobulé ; il semble donc que les cancers de la cavité buccale, comme ceux de l'esto-

(1) Arthur ROSENFELD (Königsberg). m Ueber die Bedeutung der Flagellaten im Magen und Darm des Menschen. *Deutsche med. Woch.*, 1901, n° 47.

(2) ZUNKER. — Ueber das Vorkommen der Cercomonas intestinalis im Digestionskanal des Menschen und dessen Beziehung zu Diarrhaen. *Deutsche Zeitschrift für prakt. Medicin*, p. 1, 1878.

mac, prédisposent au développement dans les ulcérations néoplasiques de flagellés de ce genre. Peut-être leur présence dans une ulcération de la joue serait-elle en faveur du diagnostic d'épithélioma.

REVUE DE LA PRESSE

Recherches sur l'incubation dans la syphilis — MM. C. Levaditi et J. Yamanouchi ont étudié le mécanisme de l'incubation dans la syphilis en expérimentant sur le lapin, dont la cornée est sensible au virus syphilitique.

Pendant la longue période d'incubation précédant l'apparition des signes visibles de kératite spécifique, avant l'organisation du fragment de cornée introduit dans la chambre antérieure, les tréponèmes se multiplient lentement. Mais, dès que le tissu s'enrichit en cellules étoilées et en épithélium, les parasites pullulent abondamment. Ils se greffent sur ces cellules, pénètrent dans leur protoplasma et forment de vrais centres de multiplication au milieu des nodules épithéliaux. On trouve de nombreux tréponèmes dans la cornée, longtemps avant l'apparition des signes de kératite visibles à l'œil nu.

La longueur de la période d'incubation s'explique par les difficultés que rencontrent les parasites à s'acclimater à de nouvelles conditions de vie et de nutrition. Les tréponèmes ne réussissent à se développer qu'au contact des cellules vivantes et, parmi celles-ci, ils préfèrent les épithéliums et les endothéliums qui tapissent les vaisseaux lymphatiques. La constatation de spirochètes typiques en voie de développement à chaque instant de l'incubation prouve que celle-ci ne correspond pas à un cycle évolutif de ces microorganismes. (*Soc. de Biologie.* Janv. 1908.)

M. Stähelin.— Concrétions calcaires de la peau.

L'auteur a présenté à la Société des Médecins-Internes de Berlin, un malade atteint d'une affection que l'on diagnostique sans doute trop rarement, et qui simule la goutte au point qu'il faut recourir à l'analyse chimique pour l'en différencier.

Depuis deux ans le patient éprouvait au niveau du médium de la main droite une sensation anormale de corps étrangers, et, de fait, la suppuration, qui a fini par s'y établir, donna issue à un cal-

cul constitué principalement de phosphate de chaux ; peut-être contenait-il aussi un peu de carbonate, mais — et ce fait permet d'écarter l'hypothèse de la goutte — il n'y avait pas trace d'acide urique.

L'examen radioscopique a montré, en outre, la présence de ces productions anormales à la main gauche, où, depuis quelque temps elles déterminent les mêmes symptômes qu'à droite, et en a fait soupçonner l'existence au niveau de l'articulation de l'épaule qui est le siège de douleurs.

D'ailleurs, le patient présentant des troubles vasomoteurs qui se traduisent par de l'œdème du dos de la main, des sensations de froid aux mains, suivies de pâleur et de cyanose des téguments : l'auteur estime que la formation des concrétions est également sous la dépendance d'un trouble vasomoteur.

Pour ce qui est du traitement, on a par cataphorèse, porté, dans le derme des ions chlore, suivant la recommandation de M. Riehl. L'auteur n'a pas, comme notre confrère, obtenu d'emphysème cutané par la mise en liberté d'acide carbonique, vu que les dépôts étaient presque exclusivement constitués par des phosphates ; mais la thérapeuthique n'en a pas moins été efficace, car les tuméfactions ont diminué de volume et perdu de leur sensibilité.

(*Sem. Med.* 29 Juillet 1908).

A.-C. Cotton. — **Epidémie de vulvo-vaginite chez les enfants.**

Dans son travail, l'auteur relate une épidémie de vulvo-vaginite à l'hôpital d'enfants de Chicago. En tout dix-neuf petites filles, âgées de 6 mois à 13 ans, furent atteintes soit de vulvo-vaginite simple, soit d'écoulement compliqué de conjonctive, d'otite moyenne, de péritonite.

La plupart des cas qui guérirent exigèrent l'emploi d'une solution de 10 p. c. de protargol toutes les quatre à six heures ; dans quelques cas tout à fait rebelles, il fallut en outre, des tampons de gaze que l'on imbibait d'une solution de protargol à 2 p. c. (*Arch. of Pediatrics et Journ. de Méd. de Bruxelles* n° 33).

V. Bourgsdorf (de Kasan).— **Un cas de réinfection syphilitique avec mise en évidence de spirochètes de Schaudinn** (*Rousski Vratch.* 1908, n° 13, 29 mars, p. 446-449 et *Œuvre Médico-thérap.* p. 276).

Un étudiant de vingt-quatre ans est atteint d'un chancre induré du gland, puis d'adénite indolore, de roséole, de céphalées : en un mot, de tous les symptômes classiques d'une infection syphilitique.

Le malade est soumis à trois séries d'injections mercurielles sous-cutanées. Dans chaque série, il reçoit 40 injections et prend 50 à 70 grammes d'iodure de potassium.

Deux ans après l'apparition du premier chancre induré, et deux mois seulement après la fin de la troisième série d'injections mercurielles, le malade se réinfecte et, le 15 janvier 1908, il se présente avec un nouveau chancre induré du gland, situé juste en avant de la cicatrice du premier chancre, et adénopathie indolore. Le 25 janvier, la sérosité du chancre est recueillie au moyen de l'appareil de Bier, puis étalée sur lames. Après coloration par le réactif de Giemsa, on met en évidence 10 à 20 spirochètes sur chaque préparation.

Le 30 janvier, l'examen microscopique donne le même résultat positif. Le même jour, la roséole commence à apparaître. Le 3 février l'examen microscopique donne un résultat négatif.

La syphilis suit son cours normal, et, le 16 février, le chancre est entièrement cicatrisé.

M. Biffi (de Lima).— **La « verruga péruvienne » et la fièvre de « Carrion »** (*Archiv. für Schiffs und Tropen-Hygiene*, 1908, t. XII, fasc. 1, p. 1011 et ibid).

La verruga péruvienne est une maladie infectieuse localisée géographiquement dans certaines vallées chaudes et humides, situées de 400 à 3.000 mètres d'altitude sur le versant ouest des Andes américaines ; elle ne semble pas contagieuse mais peut être inoculée. Jusqu'aux derniers travaux de recherche, on la considérait comme une maladie à deux stades, qui débute par une fièvre assez semblable à la typhoïde au bout de vingt à trente jours d'incubation; puis l'anémie survient très rapide, la fièvre tombe et alors apparaît l'exanthème caractéristique, et qui peut prendre des formes assez différentes, soit qu'il élise un siège partiel, qu'il prenne l'aspect d'une éruption miliaire ou de sortes de tumeurs isolées. Cette seconde phase de la maladie peut durer plusieurs mois.

M. Biffi expose ensuite les résultats des dernières recherches et les modifications que ceux-ci ont fait subir à la conception que l'on avait de la maladie.

Les premières recherches bactériologiques sont dues à M. A. Barton, de Lima ; il découvre la présence dans le sang des malades d'un bacille ayant quelque ressemblance avec celui de la typhoïde, et, après quelques expériences faites sur des animaux, croit pouvoir établir que c'est le bacille caractéristique de la « verrue péruvienne ».

M. Biffi, poursuivant ces recherches, établit que le bacille Barton est bien de la famille de ceux de la typhoïde, qu'il est caractéristique de la maladie dite fièvre de Carrion ; mais comme « la verruga péruvienne » n'est pas nécessairement accompagnée de fièvre et que, d'autre part, le bacille ne se trouve que dans les cas à fièvre, il conclut que celui-ci n'est pas en corrélation avec la forme cutanée de la maladie, et que rien ne prouve que la fièvre de Carrion et la verrue péruvienne soient deux stades de la même maladie.

Cependant le cas de l'étudiant Carrion, mort en dix-huit jours d'une fièvre grave, après s'être inoculé le liquide extrait d'une verrue d'un malade, prouve qu'il existe un rapport étroit entre les deux affections. Il faudrait poursuivre les recherches bactériologiques en partant de ce principe : que la fièvre dite de Carrion est analogue à celle qui se rencontre dans l'affection appelée « verruga péruvienne » et que l'on pourrait définir : septicémie causée par un bacille paratyphique au cours de la verruga péruvienne.

Maurice Brelet : **La crise douloureuse abdominale du purpura.**—Le purpura, comme la pneumonie, a une force appendiculaire ou pseudo-péritonéale. Dans la plupart des cas de purpura rhumatoïde, l'exanthème purpurique et les manifestations articulaires sont accompagnés de quelques troubles gastro-intestinaux : nausées et vomissements, douleurs au creux épigastrique, coliques et diarrhée. Que ces symptômes s'exagèrent et passent au premier plan, on est alors en présence d'une crise douloureuse abdominale ; si les taches purpuriques sont discrètes, si surtout les troubles gastro-intestinaux précèdent l'exanthème, on discutera le diagnostic de toutes les affections douloureuses de l'abdomen avant de songer au purpura. Parmi les travaux récents sur ce sujet, nous citerons la thèse de Calmels (1), les communications de Guinon et Vielliard (2). Dans sa thèse, Vielliard (3) a rassemblé toutes les observations publiées et a donné une étude clinique très complète des *crises douloureuses abdominales* en rapport avec le purpura.

La crise douloureuse survient habituellement chez un enfant déjà malade depuis plusieurs jours, ayant eu des douleurs articulaires et des taches de purpura ; parfois le purpura se montre sous la peau longtemps avant la crise gastro-intestinale ; enfin, mais rarement, les symptômes gastro intestinaux précèdent l'apparition du

(1) Calmels.— Thèse de Paris, nov. 1902.

(2) Guinon et Vielliard.— *Congrès de Pédiatrie d'Alger* (avril 1907) et *Soc. méd. des Hôpitaux* (25 octobre 1907).

(3) Vielliard.— Thèse de Paris, octobre 1907).

purpura cutané ; peut-être même la crise abdominale peut-elle survenir sans que le malade présente d'éruption cutanée.

La douleur abdominale a un début brusque, quelquefois dramatique et suraigu ; elle est continue, avec de violents paroxysmes arrachant au malade des cris et des gémissements. Le siège de la douleur est le plus souvent dans la région péri-ombilicale ou périgastrique, mais quelquefois, et ce sont les cas qui nous intéressent, dans la fosse iliaque droite, et la palpation montre alors que le maximum de la douleur est en rapport précis avec le point de Mac Burney. Les vomissements surviennent peu après le début de la douleur ; d'abord alimentaires ils deviennent rapidement bilieux, de coloration jaune verdâtre ; on a vu des vomissements verdâtres et même porracés. Souvent, apparaît un autre symptôme qui n'est plus alors du tableau clinique habituel de l'appendicite et qui présente par conséquent une grande valeur pour le diagnostic : c'est la diarrhée glaireuse et sanglante. Mais on cite des cas de constipation, ce qui, avec les douleurs et les vomissements, peut faire craindre une appendicite. Le faciès prend parfois le type du faciès péritonéal, avec les traits tirés, les yeux excavés ; le ventre est tantôt rétracté avec contracture musculaire, tantôt météorisé. La température est habituellement peu élevée, 38° à 38°5, le pouls généralement peu modifié dans sa force et sa rapidité, mais quelquefois rapide et misérable. Cette crise douloureuse abdominale dure quelques heures, parfois un ou deux jours ; les récidives sont très fréquentes. Malgré sa gravité apparente, la crise abdominale ne modifie pas le pronostic du purpura rhumatoïde, qui est relativement bénin ; il faut noter cependant qu'on a observé, très exceptionnellement d'ailleurs, deux graves complications : la péritonite par perforation et l'invagination intestinales. La pathogénie de ces crises est encore obscure : les deux principales théories sont celle du purpura intestinal et celle de l'origine purement nerveuse des accidents.

Si le malade a eu une selle sanglante, s'il existe sur la peau une éruption purpurique, on rattachera facilement au purpura le syndrome abdominal ; mais en l'absence de ces deux symptômes, et surtout des taches de purpura, il sera presque impossible de faire un diagnostic exact. Appendicite, péritonite, occlusion intestinale sont les hypothèses qui paraissent alors s'imposer. Pour distinguer la péritonite d'origine appendiculaire et la crise douloureuse abdominale du purpura, Vielliard insiste sur les caractères de la douleur ; il fait remarquer que la douleur est souvent plus violente, accompagnée d'agitation, de positions bizarres dans la crise abdominale du purpura tandis que, dans la péritonite, le malade souffre sans bouger.

Bien qu'ils ne soient pas très fréquents, ces faits de syndrome appendiculaire dans la pneumonie et le purpura ont un grand intérêt clinique ; car, en les connaissant bien, on pourra quelquefois éviter une erreur de dagnostic et par conséquent une erreur de pronostic et de traitement. Il serait superflu d'insister sur cette dernière considération et de montrer la différence qui sépare le pronostic de l'appendicite et celui de la pneumonie des enfants, le pronostic de la péritonite ou de l'occlusion intestinale et celui du purpura. Au point de vue du traitement, un bon diagnostic a dans ces cas une importance capitale, puisque plusieurs fois des laparatomies inutiles ont été faites. (*Soc. Méd. de Nantes*, 26 septembre 1908.)

La stase hyperémique contre la bartholinite. — Si l'étiologie et la pathogénie des bartholinites sont aujourd'hui assez bien connues, leur thérapeutique n'a pas encore réalisé de notables progrès. Il est vrai que les différents traitements conservateurs donnent des résultats satisfaisants dans la plupart des cas ; mais les auteurs n'en sont pas moins d'accord pour reconnaître que certaines formes résistent à tous les efforts de la thérapeutique et que le seul remède à leur opposer est l'éradication totale de la glande déjà proposée par Huguier bien avant l'ère antiseptique.

La cause de la ténacité des bartholinites réside dans la constitution anatomique de la glande formée de groupes d'acini isolés au sein du tissu graisseux et reliés au canal excréteur principal par des conduits courts et très étroits aboutissant d'abord à une dilatation ou sinus ; de ce sinus part un canal long et étroit qui conflue avec les autres conduits analogues pour former le canal excréteur commun ordinairement unique, quelquefois double. Cette diffusion de la glande au milieu du tissu cellulaire et l'étroitesse de ses canaux excréteurs expliquent la difficulté que l'on éprouve souvent à réaliser sa désinfection complète.

L'infection gonococcique, qui est la plus fréquente, n'atteint que l'épithélium des canaux excréteurs, mais l'inflammation consécutive se traduit par une prolifération de jeunes cellules qui peut atteindre le tissu cellulaire voisin. On observe donc, suivant la gravité du cas, soit des abcès miliaires pouvant se fusionner en collections purulentes plus ou moins volumineuses, soit des sécrétions glandulaires purulentes, soit des dilatations des canaux excréteurs à contenu purulent (pseudo-abcès).

L'intervention radicale, qui offre une certaine gravité, n'atteint pas toujours son but ; des portions de glande restent en place et l'on se trouve bientôt en face d'une récidive ; on conçoit donc que les traitements conservateurs soient restés en faveur.

Dans les cas simples, il suffit de 2 ou 3 injections de nitrate d'argent en solution à 1 %, pratiquées tous les deux jours, pour amener la guérison. Les cas graves franchement purulents (chez les prostituées) nécessitent l'ouverture des abcès ou pseudo-abcès, que l'on débride sur une sonde étroite ou sur un bistouri à double tranchant, et un traitement antiseptique consécutif. Mais il y a des cas rebelles et c'est alors que M. le docteur Th. Plass, assistant de M. le professeur Herxheimer, médecin en chef du service de dermatologie à l'hôpital civil de Francfort-sur-le-Mein, applique sur la grande lèvre une ventouse tubaire coudée à angle obtus et dont le tube d'aspiration placé en bas a été prolongé à l'intérieur de la cavité de manière à éviter la contamination des tuyaux de caoutchouc par le pus. La ventouse a de 1 à 3 centimètres de diamètre : plus elle est large, plus l'aspiration est énergique.

Pour la mettre en place on fait écarter les grandes lèvres par un aide et l'on pose doucement son ouverture sur la glande malade, de manière que le centre de l'appareil corresponde à l'orifice du canal excréteur qui se trouve à 1 centim. 1/2 de la commissure postérieure de la vulve. La mollesse des tissus est telle qu'ils remplissent complètement la ventouse quand la succion est trop forte ; mais une aspiration modérée est très bien supportée, même lorsque l'inflammation est vive ; c'est d'ailleurs la tolérance de la malade qui fixe le degré jusqu'où il est permis de la porter.

Notre confrère a employé cette méthode dans un assez grand nombre de cas. En général, il a pratiqué deux séances d'aspiration par jour, d'une durée de quinze minutes chacune ; la guérison s'obtiendrait le plus souvent en deux semaines, quelquefois même au bout de sept jours. A plusieurs reprises, de gros abcès aigus ouverts spontanément ou au bistouri, et qui n'avaient aucune tendance à la cicatrisation, ont cédé rapidement à quelques séances d'aspiration. Ajoutons que, d'après M. Plass, on n'observerait pas de récidives et que les cas les plus rebelles ne résisteraient pas au-delà de trois semaines. (*Semaine médicale*, 8 juillet 1908).

GROSS : **Hypertrichose congénitale.** — M. Gross a présenté à la séance du 22 mai de la Société Imperio-Royale des médecins de Vienne, un jeune homme de 17 ans ayant le visage couvert de longs poils soyeux et le corps couvert en même temps d'une fine toison qui, pour l'auteur n'est autre que la survie du revêtement pileux fœtal qui doit normalement disparaître à la fin de la vie intra-utérine. Le sujet présentait d'autre part un arrêt de développement du système dentaire représenté par deux uniques incisives à la mâchoire inférieure. H. F.

WALDVOGEL et SUSSENGUTH : **Les méfaits de la syphilis ont-ils été exagérés ?** — M. Romme analyse sous ce titre dans la *Presse médicale* du 18 juillet un article où les auteurs sus-nommés établissent que la syphilis est moins « méchante » qu'on ne veut le dire et que ses méfaits ont été très exagérés. Elle ne serait pas, suivant eux, une cause de dépopulation et de stérilité et ne mérite pas, par conséquent le nom de « fléau social » sous lequel on la classe volontiers. et la proportion des enfants ayant succombé dans la première année de la vie et nés de ménages syphilitiques ne dépasserait pas le chiffre de 19, 4 pour 100 alors que la mortalité infantile totale est évaluée en cette même année à 20 5 pour 100 pour la Prusse entière et à 18,83 pour 100 pour une douzaine des principales villes d'Europe. H. F.

REVUE ANALYTIQUE

CHIRIVINO : **Sur les modifications histologiques dans la pseudo-pelade de Brocq.** (*Archiv für Dermatologie und Syphilis*, XC Band. 1 et 2 Heft, p. 241.) — Les vaisseaux sont dilatés, surtout dans le corps papillaire. L'infiltrat cellulaire, peu abondant, se compose surtout de mononucléaires. Ch. n'a pu constater la présence d'éosinophiles. Le tissu conjonctif est homogène, pauvre en cellules, sans fibres élastiques : ces dernières se rencontrent tassées à la limite des îlots de sclérose. L'infiltrat séparant le follicule de sa gaine conjonctive est décrit par Brocq et ne se retrouve pas dans ce cas. Tous les cheveux sont à bulbe plein, prêts à tomber. L'épiderme participe à ce processus atrophique. Ch. croit que, pour le moment, la pseudo-pelade doit être rangée anatomiquement dans les lésions atrophiques et nosologiquement dans le grand groupe des trophonévroses. P.

SPIETHOFF : **Contribution à l'étude des troubles internes survenant au cours du prurit, des érythèmes et de l'urticaire, avec considération particulière de la voie gastro-intestinale.** (*Archiv für Dermatologie und Syphilis*, XC Band, 1 et 2 Heft, p. 179.) — La notion de l'auto-intoxication et ses résultats en dermatologie amènent S. à rechercher par de nombreuses méthodes cliniques les troubles gastro-intestinaux. Son étude porte sur 72 cas, soumis au repas d'épreuve avec analyse des urines (albumine, sucre, indican, pepsine, trypsine). L'étude du chimisme gastrique a, sur 67 examens, fourni 38 cas anormaux. Dans 12 cas sur 59, l'indicanurie fut constatée. Il semble donc que, dans ces dermatoses, l'étude de ces troubles fonctionnels puisse devenir un excellent guide de la thérapeutique. P.

WOSTRIKOW et BOGROW ; **Sur l'étiologie de la « Creeping disease ».** (*Archiv für Dermatologie und Syphilis*, XC Band, 3 Heft, p. 323.) — Après avoir vu chaque année, pendant 20 ans, deux ou trois cas de cette maladie, W. et B. ont réussi à extraire de l'extrémité du sillon un ver blanc long de 1 mm, à extrémité céphalique noire. De l'avis des entomologistes, il appartiendrait à une variété de Gastrophilus hœmorrhoidalis L. ou de Gastrophilus pecorum G. L'homme est-il infecté directement ou par le contact d'un cheval malade ? Fréquente chez le cheval, la présence de larves de Gastrophilus a été signalée chez l'homme .P.

H. LANCASHIRE ; **Un cas de xanthome diabétique.** (*Brit. J. of Derm.* août 1907.)— H., 36 ans. Début par les paumes, il y a environ 4 ans : 2 ans après, les coudes, les espaces interdigitaux, puis les doigts sont envahis. Pas de prurit. Deux types de lésions ; les 1res parurent aux mains et formaient de longues stries suivant les différents plis, de couleur jaune-citron, de l'épaisseur d'une ligne à celle d'une aiguille à tricoter. Les autres sont nodulaires, répandues sur les mains, doigts, poignets, coudes, formant amas ou cordons. Les nodules sont durs, couleur orange, entourés d'une zone d'hyperémie, qui manque chez les autres. Volume moyen d'un grain de millet. Rien sur la face d'extension des mains. Les nodules des poignets sont légèrement transparents, comme du molluscum contagiosum. Dans les plis interdigitaux, les nodules sont en voie d'absorption. Urine fortement sucrée. Les lésions ont envahi les fesses, bien que le traitement général ait diminué le diabète. L'examen histologique des nodules a confirmé le diagnostic de xanthome. J. M.

SUTTON ; **Expériences sur la résorption par la peau.** (*Mon. f. pr. Derm.*, 15 oct. 1906, Bd 43, nº 8.) — Dans l'application des substances médicinales sur la peau, il existe de si étroites relations entre leur pénétrabilité et leur activité que l'on ne saurait faire assez attention à la première de ces qualités. C'est ce qui explique le flot toujours montant des nouveaux véhicules employés pour l'usage externe des médicaments, que l'on cherche à recommander pour leur résorption plus rapide et plus complète que celle de leurs prédécesseurs. S. a appliqué des colorants, les couleurs d'aniline,directement sur la peau et pour juger de leur pénétrabilité,les a réunies aux substances à employer soit comme véhicules, soit comme remèdes, et appliquées sur la peau rasée de frais de cobayes ou de lapins blancs. S. excisait ensuite un morceau de la peau ainsi expérimenté au bout d'un temps qui variait entre 15 minutes et 16 heures, et l'examinait sur coupes congelées. Il a trouvé que le plus grand pouvoir de résorption était dévolu à la graisse d'oie, à l'huile d'olives, à l'ichthyol uni à l'huile d'olive ou de cèdre et à l'huile de santal avec ou sans huile de cèdre. J. M.

Giuseppe Mazza : **Sur le sarcoïde multiple bénin de la peau de Bœck.** (*Archiv für Dermatologie und Syphilis*, XCI Band, 1 Heft, p. 57.) — M. communique deux cas de cette affection. L'examen histologique montre dans le derme et l'hypoderme des nodules constitués par des cellules rondes, avec un noyau se colorant fortement et peu de protoplasma et des noyaux très developpés vésiculeux, ovales, pauvres en chromatine. Plus développés, ces nodules contiennent de nombreuses cellules géantes et la disposition générale des éléments rappelle celle du nodule tuberculeux. M. réclame la priorité de constatation de lésions nerveuses. Les nerfs cubital, médian, radial, ont macroscopiquement un aspect noueux, en tronc de vieil arbre. L'examen microscopique y montre des nodules complètement identiques à ceux de la peau.

Le traitement arsenical donne la guérison.

Polland : **Cylindrôme épithélial**. (*Mon. f. prak. Derm.* Bd. 43, nº 6, p. 279.) — Un h. de 77 ans, de bonne santé générale, a remarqué depuis 2 ans de petits nodules sur le nez et la joue : quelques-uns sont ulcérés. L'aile dr. du nez et le sillon naso-labial du même côté sont envahis par une perte de substance irrégulière, à bords plats. Lesion analogue à la joue g., nodules mous agglomérés, mais pas encore ulcérés dans le sillon naso-labial g. Quelques nodules disséminés sur le reste de la face et le cou. Cicatrice à l'angle de l'œil dr. qui met la paupière inférieure en ectropion. L'examen histologique démontre qu'il s'agissait de cylindrome épithélial : les groupes de cellules alvéolaires et les cordons cellulaires de la tumeur macérée dépendent en beaucoup de points directement de l'épithélium cutané. L'A. range son cas parmi les cylindromes, endothéliomes, épithéliomes, lésions déjà décrites et le range parmi les épithéliomes, la tumeur paraissant se confondre en certains points avec le véritable ulcus rodens. J. M.

L. Waelsch : **Sur une singulière formation de nodosités des cheveux dans la séborrhée du cuir chevelu.** (*Arch. für Dermatologie und Syphilis*, XCI Band, 1 Heft, p. 79.) — Concurremment avec une alopecie et un pytiriasis intenses W. a constaté, derrière la tête d'une femme, des petits nodules, gris jaunâtres, simulant les lentes, plus friables que ceux de la piédra. Leur examen microscopique les montre formés d'une paroi de cellules cornées, divisés par des cloisons et renfermant des colonies d'un microorganisme présentant des analogies avec le bacille de Sabouraud, mais en différant par la forme et la longueur. P.

Doswald et Kreibich : **A propos des phénomènes cutanés préhypnotiques.** (*Mon. f. pr. Derm.*, Bd, 43 nº 11, p. 634.) — On peut par la suggestion hypnotique provoquer la formation de bulles avec inflammation. Celle-ci est angioneurotique, a lieu par irritation indirecte post-réflexe du sympathique, par suite d'irritation des vaso-dilata-

teurs. Le processus psychique fournit le stimulus afférent du réflexe. Son action peut se comparer aux irritations sensibles de la surface cutanée. L'exsudation peut ne pas être inflammatoire : elle doit être liée à l'influence nerveuse vaso-dilatatrice, on peut la comparer aux pomphi-dermiques : elle est, comme eux, consécutive à une sécrétion nerveuse des capillaires. J. M.

REITMANN : **Acne aggregata seu conglobata.** (*Arch. für Dermatologie und Syphilis*, XC Band, 1 et 2 Heft, p. 249.) — La maladie présente avec l'acné vulgaire des points communs : séborrhée, comédons et pustules acnéiques typiques. Elle en diffère par l'âge plus avancé des sujets, par la présence de bandes de peau se laissant soulever de plusieurs centimètres comme dans la cutis laxa, son plus grand territoire d'envahissement, l'existence d'infiltrats inflammatoires souvent influents, arrivant à la suppuration et aboutissant à un processus cicatriciel. Histologiquement, le début de la lésion est folliculaire et surtout périfolliculaire. Elle a plus de tendance à l'extension périphérique que l'acné vulgaire. On a parfois peine à trouver dans l'infiltrat des débris du follicule. Ailleurs,le début folliculaire semble manquer et R. ne rejette pas l'hypothèse de lésions secondaires à une infiltration suivant les vaisseaux. P.

M. MORRIS et W. FOX : **Un cas de maladie de Recklingausen.**(*Brit. Journ. of Derm.*, avril 1907.) —Veuve 45 ans,très nerveuse,atteinte dès l'âge de 12 ans de tumeurs douloureuses et prurigineuses de la peau. De 5 à 6 au début,elles devinrent innombrables à l'âge de 30 ans. Aucune ne disparut, quelques-unes ne grossirent pas plus qu'un pois, d'autres atteignirent lentement la grosseur d'une châtaigne. Prurit intense, picotements. Les tumeurs occupent le cuir chevelu, la face, le cou, le tronc, les bras jusqu'aux coudes et un peu les cuisses : les unes sont pédiculées et ressemblent à du raisin égréné ; les autres sont fermes et séniles, naissant du tissu sous-cutané.Les 1res seraient plus prurigineuses : les 2es plus douloureuses.Crises à type jacksonnien, ou même plutôt hystérique. Pas de tumeurs pendulantes. D'après l'examen histologique, la peau n'est que légèrement intéressée, ce qui expliquerait l'intensité du prurit auquel il faut joindre l'état nerveux du sujet. Peut-être,les crises nerveuses sont-elles dues à des neurofibromes intra-craniens. J. M.

G. SCHWAER : **Sur l'influence de l'arsenic aux doses thérapeutiques sur les leucocytes de l'homme avec considérations particulières sur l'action de l'atoxyl.** (*Archiv f. Dermatologie und Syphilis*, XC Band 1 et 2 Heft, p. 77.) — L'influence de l'arsenic sur le nombre total des leucocytes n'est pas sensible. Elle accentue dans certains cas et particulièrement s'il y a déjà tendance en ce sens le nombre des éosinophiles.Les lymphocytes tendent à augmenter et les neutrophiles à une diminution parallèle. P.

JUDICE : **Contribution à l'étude de l'angio-kératome.** (*Derm. Zeits.*, 1908, nº 1, p. 36.) — Soldat, 23 ans, ayant eu dans son enfance des engelures fréquentes. Angiokératomes sur la face dorsale des 1re et 2e phalanges de l'index et du médius droits : ces petites tumeurs se présentent sous la forme d'épaississements irréguliers, tubercules isolés, durs : la peau y est colorée en gris bleuâtre ; l'épiderme qui recouvre les tubérosités paraît fortement kératosique et traversé par de profonds sillons. Ablation sous l'anesthésie locale de la tumeur de l'index : elle était si bien encapsulée que, la peau incisée, on put l'enlever carrément. Pas de différences histologiques essentielles avec les examens précédents. L'A. ne croit pas à la tuberculose et ne peut assimiler son cas avec les tuberculides. Les engelures prirent un rôle indiscutable dans l'étiologie de l'angiokératome, mais n'en sont peut-être pas la cause unique. On devrait l'observer très couramment en Russie tandis que J. n'en a trouvé qu'un seul cas dans toute la littérature russe. Pour J., cette affection serait due à une dilatation angiomateuse des vaisseaux succédant à une réfrigération avec kératinisation secondaire excessive de l'épiderme, due à une hémostase dans la couche papillaire. J. M.

KYRLE : **Sur un cas de nœvo-sarcome avec examen particulier de la matrice de la tumeur.** (*Archiv für Dermatologie und Syphilis*, XC Band, 1 et 2 Heft p. 131.) — Dans cette tumeur, à l'aspect d'un sarcome globocellulaire, K. constate entre les cellules de fines fibrilles conjonctives et élastiques, témoignant que la tumeur n'est pas de nature épithéliale. Il considère d'ailleurs que le rapprochement des cellules næviques et de l'épiderme est secondaire. Pour lui, la cellule nævique est d'origine mésodermique. P.

WALLACE BEATTY : **Un cas de lio-myomes multiples de la peau.** (*Brit. J. of Derm.* janv. 1907, p. 1.) — Il s'agit d'un jeune homme de 28 ans, de bonne santé habituelle, présentant depuis 5 ans, une éruption spéciale sur le front, le devant de la poitrine et le membre supérieur gauche, que l'on a prise pour de l'acné, du lymphangiome, de l'acnitis. Les nodules, poussés tous en même temps, bien que s'étant graduellement développés, remontent à environ 5 ans : ils ont commencé par la poitrine. Pas de symptômes subjectifs autres qu'une légère douleur à la pression et au froid. Ces nodules occupent surtout le côté gauche du haut du corps, sauf au thorax, où ils sont symétriques. La partie inférieure du tronc et les membres inférieurs sont indemnes. La couleur des nodules est rouge pâle ou celle de la peau normale. Leur dimension varie de 2 à 4 mm. de diamètre. Au front, ils sont agglomérés, mais en général, ils sont distincts. Leur consistance est ferme, sans être cartilagineuse. L'activité des glandes sébacées semble augmentée, mais il y a très peu d'acné. L'examen histologique démontre qu'il s'agit de lio-myomes. Bibliographie étendue avec résumés d'observations. J. M.

HANS JANSEN: **Recherche histologique sur l'inflammation produite par la lumière de la Quecksilberquarzlampe de Kromayer.** (*Archiv für Dermatologie und Syphilis.* XC Band, 1 et 2 Heft, p. 53.)— Employée sans solution filtrante la lampe de Kromayer accuse plus de tendance aux destructions à côté d'une prolifération moins intense. Ainsi s'expliquent les rétractions cicatricielles des oreilles de lapins, que J. n'a jamais observées avec l'appareil Finsen. Avec filtration,le processus destructif est encore trop intense pour espérer obtenir par cette méthode les résultats de la méthode de Finsen dont les qualités sont une destruction élective unie à une régénération vivace et prompte. P.

AXMANN : **Sur un cas d'ichthyose diffuse traité par les rayons d'Uviol.** (*Derm. Zeitschr.*, 1907, p. 109.)—J. H.. 17 ans atteint d'ichthyose généralisée depuis sa plus tendre enfance. Une petite partie du cou et de la face est seule indemne. Dès les 1[res] séances du traitement, une amélioration manifeste se montre sur les 2/3 de la face postérieure du corps. Après 35 séances, la peau est lisse, souple, la sécrétion sudorale normale : quelques points présentent encore une toute petite ichthyose folliculaire.La face antérieure et les membres sont également guéris. Cette guérison persiste depuis 3 mois : le traitement est continué, en espacant les séances de 4 à 6 semaines de distance. J. M.

WILHELM MAAR : **L'action profonde des lampes de Finsen-Reyn et de Kromayer.** (*Archiv für Dermatologie und Syphilis*, XC Band, 1 et 2 Heft, p. 3.). —M. a expérimenté parallèlement les deux appareils sur des oreilles de lapins. Il en conclut que la lampe de Finsen a une action plus profonde et plus durable. La lampe de Kromayer ne gagne pas en intensité par l'emploi du bleu de méthylène : on pourra en user pour obtenir des réactions superficielles, bien que ce procédé cause des douleurs prolongées et ait une tendance à provoquer des nécroses. Les expériences de Béring sur la vanilline et le philomètre de Eders sont vérifiées et amènent M. à d'autres conclusions. P.

FABRY : **Traitement opératoire du rhinophyma.** (*Derm. Zeit.* mai 1908, p. 592.) — F. recommande d'employer l'anesthésie par infiltration de Schleich,et d'enlever toutes les tumeurs au couteau plat ; on introduit un doigt où une cheville dans le trou de la narine et on relève le champ opératoire par en dedans. On nivelle la surface cruentée au cautère plat de Paquelin,ce qui arrête en même temps la surface cruentée ; on peut pour cela se servir aussi de compresses de glace fréquemment renouvelées : on recouvre la plaie d'emplâtre au salicylate de mercure, jusqu'à élimination complète du tissu de nécrose. Au bout de quelques jours, on passe tous les jours sur les granulations rouge vif en voie de développement le crayon de nitrate et on y ajoute une pommade à l'acide salicylique et au soufre ou bori-

quée. La plaie se répare ainsi très vite sans avoir besoin de greffe cutanée. On cautérise au galvano les abcès vasculaires et les petites proliférations qui apparaissent souvent par la suite. Très bons résultats, même au bout de plusieurs années. J. M.

CARL RODLER : **Contribution à l'étude de l'élacine.** (*Archiv f. Dermatologie und Syphilis*, XCI Band, 1 Heft, p. 35.) — Contrairement à l'opinion de Krzystalowics,la méthode de Unna-Tœnger n'est pas la seule à permettre la différenciation de l'élastine et l'élacine. Il étudie différents procédés : fuschine de Weigert-safranime, Cresylechtviolett, Hémalun.Il examine les diverses hypothèses sur son mode de production. Rencontrée dans les vaisseaux, elle coïncide dans un cas sur sept avec une calcification. On pourrait émettre l'hypothèse que l'élastine,sous une influence toxique ou autotoxique, dégénère en élacine et marquerait le début de l'artériosclérose.

P.

STOWERS : **Notes sur un cas d'ichthyose hystrix congénitale linéaire ou hystricisme.** (*British Journal of Dermatology*, janvier 1908, p. 1.) — Fillette de 8 ans et 4 mois, cadette de deux enfants nés de parents sains ; bien développée mais un peu faible,atteinte de varus équin.Lésions cutanées datant de la naissance et peu accrues depuis, symétriques, ayant débuté par les extrémités inférieures et le tronc avant d'apparaître sur les bras,les avant-bras et les mains ; de caractère nettement papillaire ou verruqueux. Papules variées avec ou sans squames devenant verruqueuses proéminentes, plus ou moins groupées. Par endroits, des intervalles de peau saine séparent les tumeurs. Ces aspérités sont surtout marquées aux bras et à la face droite où elles siègent en plaques circonscrites : au bras droit, à l'avant-bras gauche, à la partie interne de la cuisse gauche les lésions affectent une disposition linéaire. Il en est de même au bout du bras et aux deux premiers doigts de la main gauche.Les élevures papillaires proéminent aux bras, où elles forment de larges groupes ; leur caractère corné est surtout visible à l'avant-bras droit, aux mains et à la cuisse gauche,où elles dépassent un demi-pouce d'élévation. Les éléments forment des bandes parallèles à l'axe longitudinal du membre affecté et aussi transversalement à l'axe du corps. Les tumeurs du corps sont moins élevées qu'aux membres,mais plus étendues ; elles sont en général circulaires ou semi-circulaires. Il n'y a ni hémorrhagies ni ulcérations. Rien à la face, au cou et au cuir chevelu. J. M.

MENDES DA COSTA et VAN DER WALK ; **Type maculeux de la dystrophie héréditaire bulleuse.** (*Archiv f. Dermatologie und Syphilis*, XCI Band, 1 Heft, p. 3.) — Sept garcons, issus de quatre sœurs, présentent cette affection. Deux ont survécu. Les symptômes présentés sont : alopécie, acrocyanose, formation de bulles laissant après guérison des taches dépigmentées,parfois atrophiques, hyper-

pigmentation du reste de la peau et retard dans le développement de la tête et des doigts. L'absence d'élément traumatique dans la genèse des bulles amène les auteurs à classer cette affection dans les dystrophies plutôt que dans les épidermolyses. P.

RUSCH : **Sur l'atrophie cutanée idiopathique et la sclérodermie.** (*Derm. Zeit.*, 1906, p. 749.) — Les deux affections ont de nombreux points de ressemblance qui les ont souvent fait confondre. R. publie l'observation clinique avec examen histologique d'un cas d'atrophie cutanée diffuse avec nombreux foyers de sclérodermie. La maladie débuta spontanément par des rougeurs, il y a 8 ans, sur un membre ; il y a 4 ans, sur un autre, elle s'étendit graduellement, montant jusqu'aux hanches, descendant jusqu'aux pieds : depuis 2 ans, elle n'a pas bougé. Douleurs, troubles de la santé générale. Sur les genoux, le dos des pieds, la peau est amincie, rouge, plissée, transparente : aux membres, elle n'est que légèrement ridée, d'aspect atrophique minime. A côté de signes histologiques d'atrophie, on trouve le tissu conjonctif bien conservé dans les couches moyennes et profondes, les fibres élastiques abondantes, la couche graisseuse conservée. La maladie ne revêt son type normal qu'aux genoux et sur le dos des pieds. De plus, aux fesses et aux hanches, on voit des foyers ressemblant intimement à de la sclérodermie circonscrite, kéloidienne, en carte de visite de Unna. On dirait un fait de passage de la sclérodermie à l'atrophie cutanée idiopathique, maladies cliniquement et anatomiquement distinctes. Cette présence, à coup sûr plus fréquente qu'on le croit, de l'atrophie cutanée idiopathique avec les symptômes cliniquement majeurs et essentiels de la sclérodermie est une preuve importante des rapports de parenté existant entre les deux maladies. Il existe un groupe de maladies extraordinairement voisin de la sclérodermie circonscrite ou de la morphée, presque identiques, et si analogues par leur marche à l'atrophie idopathique, qu'il débute par un stade d'érythème immédiatement suivi de la disparition du tissu aboutissant à la cicatrice atrophique, sans présenter de stade de durcissement, ni élevure : la cicatrice atrophique paraît survenir idiopathiquement. R. cite les cas publiés sur ce sujet. Il y ajoute une observation personnelle de sclérodermie atypique, cliniquement et histologiquement attribuable au stade atrophique d'une sclérodermie circonscrite en bandes. Cette forme peut être cliniquement confondue avec l'atrophie cutanée partielle idiopathique. J. M.

THÉRAPEUTIQUE, PRESCRIPTIONS ET FORMULES

Emploi des pâtes en dermatologie

(LAPORTE.)

L'emploi des pâtes, qui a été vulgarisé en Allemagne depuis longtemps et introduit en France par M. Besnier, n'est pas encore aussi répandu chez nous que le mériterait ce procédé thérapeutique. Aussi M. le Dr Paul Laporte a-t-il fait œuvre utile en consacrant sa thèse à la vulgarisation de ces préparations qu'il a vu employer surtout dans le service de M. le Dr Bodin (de Rennes) (1).

On sait que les pâtes sont des toxiques dans la composition desquels entrent des matières et des substances pulvérulentes en proportion telle que l'on obtienne un corps poreux, et c'est de cette porosité de la pâte que découlent ses plus importantes propriétés. Ces propriétés sont les suivantes :

Elles forment un pansement couvrant, adhérent, protecteur, qui empêche les infections secondaires et qui n'a pas besoin d'être renouvelé souvent.

Elles sont décongestionnantes, ce qu'elles doivent à la forte proportion de matières pulvérulentes qui entrent dans leur composition et à l'eau qu'on ajoute dans certaines formules (pâtes dites rafraîchissantes); elles sont absorbantes, antiprurigineuses, etc., et sont applicables par conséquent dans tous les cas où il y a une certaine altération de la peau d'aspect inflammatoire.

Les poudres les plus usitées pour la préparation des pâtes sont : la terre d'infusoires, la terre de diatomées, l'oxyde de zinc, le kaolin, l'amidon ; — le carbonate de magnésie, le silicate de magnésie, la craie préparée, sont d'un usage moins courant.

La terre d'infusoires, très usitée en Allemagne, est remplacée chez nous par la ceyssatite. Les matières grasses sont : la vaseline, l'axonge, la lanoline et l'adeps lanæ, qui ont une grande affinité pour l'eau il faut y ajouter le glycérolé d'amidon qui peut être fort utile, et enfin la *diadermine*, savon mou à la glycérine qui s'enlève avec le simple lavage.

(1) Thèse de Paris.

Voici une série de formules données par M. Laporte et qui peuvent être utilisées dans les cas les plus divers.

Pâtes simples :

On désigne sous le nom de pâtes simples les pâtes qui contiennent la graisse et le corps pulvérulent.

Elles peuvent être plus ou moins dures. D'où leur division en pâtes dures et en pâtes molles.

A.— *Pâtes dures*:

Oxyde de zinc	ââ 25 gr.
Vaseline	

(Pâte de Besnier

Oxyde de zinc .	ââ part. égales
Amidon	
Vaseline	
Lanoline	

F. S. A. au bain-marie une pâte bien homogène.

(Pâte de Lassar).

Oxyde de zinc	ââ 24 gr.
Amidon	
Vaseline	20 gr.
Lanoline	30 gr.

(Pâte de Besnier.

Oxyde de zinc	ââ 25 gr.
Amidon	
Diadermine	50 —

(Pâte de Bodin).

B.—*Pâtes molles*.— Le vrai type de pâte molle est la pâte au glycérolé d'amidon. M. Laporte l'a vu employer un très grand nombre de fois à Rennes, dans le service du Dr E. Bodin, et toujours avec un égal succès.

Cette pâte se prépare en incorporant des poudres inertes à du glycérolé d'amidon.

Oxyde de zinc	15 gr.
Glycérolé d'amidon ...	35 —

(Pâte de Bodin

Parmi les autres formules connues, on peut citer :

Oxyde de zinc..	5 gr.
Kaolin...............	15 —
Vaseline.............	30 —

(Pâte de Malcolm Morris.)

Oxyde de zinc........	20 gr.
Craie................. Eau blanche......... Huile de lin.........	àà 10 gr.

(Pâte de Leistikow.)

Craie préparée...... Oxyde de zinc....... Huile de lin........ Eau de chaux	àà 5 gr.

(Pâte de Unna).

Oxyde de zinc........	10 gr.
Ceyssatite.......... Adeps lanae	àà 5 —
Huile d'olive	10 —
Eau distilée.........	20 —

(Pâte de Leistikow.)

Pâtes médicamenteuses.— Ce sont celles auxquelles on ajoute un agen médicamenteux dans une proportion donnée. En voici des exemples :

Soufre précipité.....	4 gr.
Oxyde de zinc.......	6 —
Ceyssatite...........	2 —
Axonge benzoînée...	28 —

(Unna.)

De même on pourra prescrire:

Soufre précipité......	6 gr.
Oxyde de zinc	10 —
Amidon..............	4 —
Lanoline	10 —
Vaseline	10 —

(Leredde.)

Pâte salicylée :

Acide salicylique.....	1 gr.
Oxyde de zinc.......	12 —
Amidon............. Vaseline............	àà 25 —

(Lassar.)

Pâte résorcinée :

Résorcine	20 gr.
Oxyde de zinc.......	5 —
Ceyssatite...........	1 —
Axonge benzoînée...	14 —

(Unna.)

Amidon............. Soufre .... Vaseline............ Savon noir	àà 25 gr.

L'action rafraîchissante des pâtes peut être accrue par addition d'eau:

Huile de lin........ Eau de chaux.......	àà 20 gr.
Oxyde de zinc...... Craie préparée......	àà 30 —

Des propriétés des pâtes découlent leurs indications : les pâtes occupent une place intermédiaire entre la médication calmante et les pommades. Il y a là une véritable gamme qu'il importe de savoir bien manier et dont il faut faire intervenir les principaux éléments en temps opportun. On aura recours aux pâtes simples d'abord, médicamenteuses ensuite, toutes les fois que l'on aura affaire à une lésion qui n'est pas en état d'inflammation aiguë et qu'on se propose de modifier, mais qui est encore suffisamment irritable pour que l'emploi d'une pommade puisse paraître dangereux. Par exemple, dans le traitement d'un eczéma aigu, une fois l'œdème et la congestion calmés par l'emploi d'une pâte simple, on prescrira une pâte médicamenteuse contenant un réducteur faible tel que l'ichthyol, le thyol, le tuménol ou encore un goudron en très faible quantité.

Les pâtes médicamenteuses constituent ainsi le deuxième stade du traitement d'une dermatose aiguë et permettent l'action des pommades dont elles rendent souvent l'emploi possible en très peu de jours. Elles permettent en outre, au moment où l'on a recours aux pommades, d'employer des doses médicamenteuses bien plus énergiques, sans danger.

L'emploi systématique et gradué de ces différents stades thérapeutiques permet d'obtenir des résultats remarquables. et dans un temps relativement fort court.

Tout pansement fait avec une pâte doit être renouvelé une ou deux fois par jour. Pour détacher la pâte, on frotte avec un tampon de coton enduit de vaseline pur ou d'huile (huile de vaseline ou huile d'amandes douces) ; la pâte ramollie se détache et on peut l'essuyer aisément. L'avantage des pâtes à base de glycérolé d'amidon est de permettre leur nettoyage à l'eau chaude, avantage qui peut être appréciable lorsqu'il s'agit de lésion

excoriées, très sensibles, au niveau desquelles le fait de frotter avec de la vaseline pour détacher la pâte pourrait être douloureux. — (*Journ. de Méd et de chirur. prat.*, 25 sept. 1908.)

La désinfection des objets de toilette.

La question de la désinfection des instruments employés chez les coiffeurs, dit M. Langlois, a souvent été abordée. Mais ce problème n'intéresse pas seulement ce commerçant ; dans les familles il est indispensable de stériliser certains objets de toilette ayant servi à un malade : peigne, brosse à cheveux, brosse à habits, car ces ustensiles sont souvent contaminés par un grand nombre de germes dangereux. Pour arriver à ce but on ne peut avoir recours à la chaleur de l'ébullition qui les altérerait, il faut employer des solutions antiseptiques qui agissent à froid.

On a recommandé une solution ainsi composée :

Formol commercial...	40 gr.
Alcool à 90 degrés....	560 —
Eau..................	400 —

Ou les solutions de lusoforme à 5 p. 100 qui, par un contact de six heures, suffisent pour assurer la neutralisation et la stérilisation des brosses chargées de staphylocoques ou de bacilles d'Eberth. On peut encore utiliser l'eau oxygénée à 5 p. 100 ; il suffit de couper l'eau oxygénée chirurgicale de deux tiers d'eau et de laisser en contact une heure pour assurer la désinfection. Non seulement les brosses sont désinfectées, mais encore nettoyées par ce procédé.

On voit qu'en utilisant soit le lusoforme, soit l'eau oxygénée, on peut arriver à stériliser tous les objets de toilette. C'est une mesure qui devrait être prise dans les familles après et même pendant chaque maladie contagieuse. (*Gaz. des Hôp*).

Traitement du lupus vulgaire par le pyrogallol.

(VEIEL.)

Le procédé recommandé par l'auteur consiste en une destruction du tissu lupique par une pommade au pyrogallol à 10 p. 100, à base de vaseline ; elle reste en place pendant plusieurs jours. Dès qu'apparaissent des phlyctènes, on emploie des pommades moins concentrées (2 p. 100 en général). On continue ainsi jusqu'à l'élimination complète du tissu suspect ; à ce moment, les granulations ne contiennent plus de grains grisâtres. On peut alors employer des pommades toujours plus faibles (jusqu'à 1 p. 1000), et l'on continue ainsi jusqu'à guérison complète : si celle-ci tarde à s'effectuer, on se contente d'appliquer de la vaseline pure.

Ce procédé se distingue de ceux recommandés d'ordinaire par le fait que l'action du pyrogallol est utilisée d'une façon continue : *il va* sans dire que si, par exemple, la pommade à 2 p. 100 ne parvient pas, malgré un emploi prolongé, à *faire* éliminer le tissu lupique, on recourra à un nouveau traitement pendant un à deux jours à la pommade à 10 p. 100.

Si le pavillon de l'oreille est atteint, on n'appliquera jamais *la* pommade forte, qui provoquerait une nécrose du cartilage : le lobule de l'oreille doit être, en revanche, traité par la pommade forte. La même règle est applicable à la partie du nez avoisinant le cartilage.

La pommade forte est très douloureuse et nécessite, chez les malades sensibles, l'emploi de la morphine. La pommade est étalée sur un lint qu'on recouvre de coton non dégraissé ; il faut aussi éviter que l'air pénètre sur la pommade : l'oubli de cette précaution provoquerait des douleurs violentes. On fera en sorte, en changeant le pansement, de réduire à un minimum le temps d'exposition à l'air de la plaie.

Le lupus des muqueuses sera traité de même : s'il siège dans la cavité nasopharyngienne ou buccale, on a recours au galvanocautère.

Sur 21 malades, il y eut 8 récidives et 13 guérisons dont 9 sont obtenues depuis plus de deux ans et demi. Les cicatrices sont lisses et blanches. (*Berl. Klin. Woch.* et *Rev. de Ther. med. chirurgie*, p 174, 1908.)

Traitement des ulcères par le chlorure et l'iodure de calcium.

(G. A. Stevens.)

L'auteur a remarqué que les engelures guérissaient rapidement après administration du chlorure de calcium. Il observa semblable effet dans les ulcères chroniques de jambe en même temps qu'une disparition presque immédiate de la mauvaise odeur. Des malades qui, en dépit de pansements soigneux, présentaient des ulcères fétides, prirent en trois fois chaque jour 15 grammes de chlorure de calcium. Peu de jours après, les ulcères n'avaient presque plus d'odeur et bourgeonnaient activement. La peau environnante prenait un aspect sain que l'on trouve rarement dans l'ulcère même cicatrisé.

Dans quelques cas, après une période d'activité, la cicatrisation se ralentissait et parfois cessait complètement. Le chlorure de calcium n'exerce en effet son action coagulante sur le sang que pendant peu de jours seulement. L'auteur essaya alors l'iodure de calcium à la dose de 3 grammes en trois prises quotidiennes. Sous l'influence de ce médicament, il vit les bords d'ulcères épais et calleux devenir minces et évoluer vers la cicatrisation en un temps extraordinairement rapide.

(*Arch. du Poitou* et *B. G. de Thér.* 30 septembre 1908.)

Traitement des Séborrhéides Cercinées

(Brocq.)

Cette affection est assez facile à traiter. Il suffit, pour la faire disparaître, de savonner une ou deux fois par jour les régions malades avec l'eau de son boratée et du savon ordinaire, ou du savon au goudron, naphtol, soufre ; après chaque lavage, il est bon de faire pratiquer une lotion avec de l'eau-de-vie camphrée. On poudre ensuite avec de la poudre de talc et on interpose une toile fine entre la flanelle et la peau. Le traitement doit être continué longtemps, tous les deux ou trois jours, après la disparition de l'affection.

Si la peau s'irrite, on la calme avec une pâte à l'oxyde de zinc :

Oxyde de zinc.........	10 gr.
Vaseline pure.........	15 —

ou bien avec des pommades au calomel ou au soufre mitigées :

Calomel.........	0.50 à 1 gr.
(ou soufre précipité;	de 1 à 2 gr.
Oxyde de zinc.........	8 gr.
Vaseline pure..........	12 —

Si la peau ne s'irrite pas, mais si l'affection ne veut pas disparaître, on peut l'attacher par des badigeons de teinture d'iode fraîche étendue de 3 à 4 fois son volume d'alcool a 60° ou par des pommades fortes employées dans le psoriasis.

Pour le cuir chevelu, quand c'est possible, faire des applications de teinture d'iode pure ou diluée d'alcool. Sinon :

1° Laver soigneusement la tête avec du savon au goudron ;

2° Faire une lotion avec une solution de sublimé à 1 500 ;

3° Appliquer aux points malades de la pommade à l'oxyde jaune d'hydrargyre ou au turbith minéral à 1/30 ou au 1/20.

4° Si les préparations mercurielles ne conviennent pas, faire les lavages avec une solution de polysulfure de potassium liquide (30 à 100 gouttes pour un quart d'eau chaude) puis employer une pommade soufrée.

Résorcine..........	0.30 cent.
Soufre précipité....	2 à 4 gr.
Vaseline...........	20 —

(*Jour. de Méd et de Chir. pratiques* — 10 août 1908.)

Traitement de la Furonculose.

(Brocq.)

Voici un modèle de prescription pour la furonculose donnée par M. Brocq.

1° Se mettre au régime végétarien pur si on le peut. En tous cas s'abstenir totalement de café, thé, chocolat, liqueurs, alcool, vin, charcuterie, poissons, coquilles de mer, crustacés, gibier, pâtes, fromages, aliments trop épicés.

2° Prendre à chaque repas un des cachets suivants:

Bicarbonate de soude........	àà 0.50 cent.
Soufre sublimé et lavé........	

Pour un cachet.

En cas de furonculose volumineuse ou d'anthrax au début, ces cachets seront remplacés par une grande cuillerée à soupe de levure de bière fraîche, au début de chaque repas.

3° Si c'est le moindrement utile, faire tous les matins, couché, un grand lavage de l'intestin avec un litre ou un litre et demi d'eau bouillie.

4° Exercice quotidien au grand air, aussi prolongé que possible, sans surmenage.

5° Tous les jours, savonnage de tout le corps : se servir pour cela d'eau qui aura longuement bouilli avec une cuillerée à soupe de biborate de soude par litre et de bon savon blanc de Marseille.

6° Immédiatement après, faire une friction avec de l'ouate hydrophile aseptique imbibée d'eau-de-vie camphrée et, si les téguments le supportent, d'alcool camphré.

7° Changer de linge tous les jours.

8° Les furoncles qui ne seront ni volumineux ni douloureux, et surtout ceux dont le bourbillon sera éliminé, seront pansés avec des rondelles d'emplâtre rouge de Vidal qu'on renouvellera tous les jours.

9° Sur les furoncles volumineux et douloureux, on fera trois ou quatre fois par jour une pulvérisation de quinze à vingt minutes de durée avec de l'eau bouillie.

On appliquera sur une large zone de téguments tout autour du furoncle, non pas sur lui, une couche protectrice de la pommade suivante :

Oxyde de zinc........	àà 10 gr.
Lanoline pure........	
Vaseline pure........	15 —

et on pansera avec des cataplasmes de fécule de pomme de terre aseptiques ; on reviendra au pansement ordinaire dès que les douleurs auront cessé.

Ajoutons que, comme sulfureux, M. Brocq emploie assez souvent le sulfure de lithium aux doses quotidiennes de 1 à 4 centigrammes, médication qui paraît réussir principalement chez les goutteux larvés. (*Ibid*).

Taitement de la furonculose.

(GALLOIS.)

1° Iode métallique........	2 gr
Acétone...........	5 —

Boucher à l'ém ri et vaseliner le bouchon. Usage externe.

2° Ouate hydrophile.....	50 gr.
3° Glycérine...........	200 —
Acide borique.........	20 —

Dissolvez. Usage externe.

4° Ouate ordinaire (non hydrophile)..........	125 —

5° Trois bandes de mousseline souple de 5, 7 ou 10 centimètres de largeur, suivant les cas.

Technique à suivre : Prenant un morceau de bois (allumette,) entourer son extrémité libre avec un flocon d'ouate que l'on trempe dans l'iode-acétone, puis aller déposer une sorte de grain de beauté d'iode-acétone sur chacun des petits clous en préparation Quant au clou plus gros que les autres qui existe presque toujours, s'il n'est pas ouvert, le badigeonner à l'iode-acétone. S'il est ouvert, ne pas le toucher. (M. Gallois n'incise jamais les furoncles et presque jamais les anthrax.)

Ceci fait, prendre une feuille d'ouate hydrophile assez large pour recouvrir et au delà la région malade. Tremper cette feuille dans de l'eau boriquée ou bouillie, puis l'exprimer aussi complètement que possible (Il est nécessaire d'humecter l'ouate au préalable, sans quoi elle absorberait mal la glycérine.) Etaler alors l'ouate et y verser très abondamment de la glycérine boriquée. (Il faut presque qu'il y en ait trop et que l'excès commence à tomber par terre.) Appliquer alors cette ouate glycérinée sur la région malade. La recouvrir ensuite d'une feuille d'ouate ordinaire (non hydrophile), assez étendue pour les déborder largement. (L'ouate ordinaire prend encore plus mal la glycérine que l'ouate hydrophile ; la diffusion de la glycérine est ainsi réduite au minimum et le pansement reste humide. Il ne faut pas employer d'imperméables, un pansement aqueux

recouvert d'imperméable est le meilleur moyen de cultiver les furoncles.)

Fixer le tout avec une bande.

L'ouate hydrophile peut être remplacée par un objet de pansement vendu sous le nom de « lint ». Le lint a cet avantage qu'il prend directement la glycérine et n'a pas besoin d'être humecté au préalable.

La gaze donne de moins bons résultats, elle prend bien la glycérine, mais ne la garde pas Elle se dessèche d'un jour à l'autre et fait ainsi perdre au pansement sa première qualité qui est de rester humide, mais non aqueux, pendant au moins vingt-quatre heures.

Sur l'ordonnance, ajoutez :

Acide phosphorique officinal	15 gr.
Phosphate de soude..	30 —
Eau....................	250 —

Dissolvez.

Cette solution d'acide phosphorique (formule Joulie) a pour but de donner satisfaction aux malades qui veulent absolument avoir un « dépuratif » — M.Gallois n'y tient pas outre mesure.— Il en faut prendre une cuillerée à café dans le premier verre de boisson aux repas. Chez les diabétiques, il la remplace par la levure de bière.

Renouveler le pansement une fois par jour, au besoin deux fois lorsque le furoncle à maturité fournit une grande quantité de pus Lorsqu'on a enlevé la bande, le pansement s'il a été suffisamment glycériné ne doit pas adhérer ; il s'enlève sans difficulté et tombe presque de lui-même. Si la suppuration n'est pas abondante on peut constater que la glycérine, vu sa grande affinité pour l'eau a déshydraté complètement le pus et l'a changé en une simple tache ocreuse infiltrée dans l'ouate.Si le pus est un peu plus abondant, il forme croûte, mais celle-ci est molle, peu adhérente à la peau et ne produit pas de rétention. Si tout le pus n'est pas déshydraté, la partie restée liquide est peu abondante et ne s'étale pas en dehors de la surface du clou.

Si l'on examine la région malade on constate que le clou, est, en général, moins turgescent, mais surtout que la peau, au voisinage, est dans un état parfait. Avant l'application du pansement, elle était souvent, en cas de furonculose, toute constellée de rougeurs, de petites pustules miliaires ou de boutons. Vingt-quatre heures après, les rougeurs et les pustules ont disparu. Les boutons, malgré l'application de l'iode autour, continuent parfois à évoluer sous forme de furoncles mais ces furoncles ne deviennent pas aussi volumineux en général que les précédents. Et si l on continue les pansements ils doivent être les derniers.

Un certain temps après la guérison d'une furonculose, un nouveau clou apparaît parfois. Cela tient généralement à ce que les linges ou les vêtements n'ont pas été désinfectés et ont conserve des staphylocoques virulents. A cet égard, les faux-cols sont particulièrement dangereux. Quand ils sont vieux et un peu trop empesés, leur bord constitue une véritable scie tranchante qui laboure la peau et lui inocule des microbes. Pour éviter cet inconvénient il faut recommmander au malade de frotter à la paraffine le bord des faux-cols, pour en écraser les aspérités, et rendre plus doux les contacts. (*B. Gén. de Thér.* 15 août 1908).

Traitement des crevasses du sein

MM Rudaux et Cartier préconisent le traitement suivant pour les crevasses du sein.

1° Laver légèrement le bout du sein après chaque tétée avec :

Alcool à 90°	100 gr.
Eau stérilisée	500 —

Appliquer ensuite au moyen d'un petit tampon de coton un des liquides ou liniments suivants :

Baume du Pérou... }	àà 2 gr. 50
Teinture d'arnica.. }	
Eau de chaux.......	15 —
Huile d'amande douce stérilisée	30 —

ou :

Teinture de benjoin }	àà 15 gr.
Teinture de baume de tolu........... }	

ou :

Liqueur de Van Swieten.......... } Glycérine.......... }	parties égales.

(Lepage).

ou :

Borate de soude....	8 gr.
Teinture de benjoin.	12 —
Glycérine..........	20 —
Eau de rose........	40 —

(Marfan).

ou :

Eau oxygénée à douze volumes : 1 partie.

Eau bouillie ou glycérine : 2 parties.

ou :

Extrait de cannabis indica............	0 gr. 50
Tannin.............	1 —
Glycérine..........	10 —

Ces différents liquides doivent être recouverts d'une couche de gutta-percha laminée ou d'une rondelle de gaze stérilisée.

On a aussi préconisé les pommades suivantes :

Menthol........... } Chlorhydrate de cocaïne............ }	ãã 0 gr. 50

ou :

Oxyde de zinc.......	5 gr.
Teinture de benjoin.	10 —
Vaseline	10 —
Beurre de cacao.....	30 —
Essence de roses....	II gout.

Lavez avec soin le mamelon à l'eau bouillie renfermant une cuillerée à café de bicarbonate de soude pour un verre d'eau.

2° Si les crevasses sont très douloureuses, faire boire l'enfant avec un bout de sein en verre. (*Formulaire de thérap. obstétricale* chez Doin 1908.)

Contre les dartres volantes du visage

(Sabouraud.)

Tannin à l'éther.... } Calomel à la vapeur. }	ãã 0 gr. 30
Vaseline............	30 —

Il est bon, de plus, d'ajouter à l'eau de lavage du visage, par litre, une cuillerée à soupe d'une liqueur sulfatée forte, telle que :

Sulfate de zinc......	7 gr.
— de cuivre....	3 —
Eau distillée camphrée............	300 —

(*Gaz. des Hôp.*)

Pourquoi faut-il laisser couler

(Bouveyron.)

La thérapeutique de ceux qui prétendent juguler la blennorrhagie aiguë et pourchasser le virus par des lavages ou injections antiseptiques est aussi irrationnelle qu'illusoire et dangereuse.

Irrationnelle d'abord. Non seulement, en effet, leurs solutions dites antiseptiques qui lavent la surface du canal ne pénètrent point au fond des culs-de-sac glandulaires ; mais, en supprimant l'écoulement qui se produit à la surface du canal, ils favorisent probablement l'infection glandulaire profonde. A notre avis, il y a souvent entre l'inflammation superficielle de la lumière du canal et l'inflammation glandulaire profonde un véritable phénomène de balancement, comme cela se voit très évidemment lors d'une complication d'épididymite. L'épididymite vient, l'écoulement s'en va, et réciproquement. Supprimez l'écoulement avant que l'organisme se soit un peu vacciné, pour ainsi dire, contre le gonocoque, vous favorisez du même coup l'envahissement profond des glandules et, partant, les complications possibles de la blennorrhagie et son passage à l'état chronique. Il ne faut pas oublier d'autre part que l'écoulement aigu est le plus souvent irrépressible et que cet écoulement, formé par une purée de leucocytes vivants et jouissant de mouvements amiboïdes, est un processus réactionnel de défense qui entraîne au dehors les germes virulents. Pour toutes ces raisons théoriques il nous semble aussi irrationnel de laver un urèthre atteint d'inflammation violente que de faire passer des douches de Weber dans des fosses nasales atteintes de coryza aigu. Et pourtant ce qui a été jugé détestable par les rhinologistes continue à être déclaré bon et même excellent par certains urologues.

Pratiquement, d'ailleurs, cette

thérapeutique agressive est d'effet assez illusoire. Si elle supprime, pendant qu'elle est appliquée, les ennuis de la purulence uréthrale, elle ne diminue pas sensiblement la durée moyenne de la blennorrhagie, quand celle-ci guérit avec ce traitement. Elle favorise même certaines de ses complications et surtout son passage à l'état chronique. Il n'est pas rare de voir des phénomènes de prostatite ou d'uréthro-cystite survenir très peu après des lavages faits sans sonde, mais sous forte pression, ou après des injections un peu forcées. Je ne parle pas des exacerbations inflammatoires et douloureuses ni des phénomènes de pénitis que peuvent déterminer, dans un état aigu du canal, des traitements locaux trop répétés ou trop irritants. Je ne veux insister que sur un point, à savoir : que de toutes les chaudes-pisses celles qui sont les plus rebelles au traitement, celles qui guérissent le moins complètement et s'accompagnent le plus souvent de filaments urinaires et de complications glandulaires chroniques sont bien celles qui ont été traitées et violentées dès le début par des injections ou des lavages.

Si l'on veut guérir de telles uréthrites, lorsqu'elles sont devenues chroniques, il faut, si possible, les ramener à l'état aigu et les faire couler à nouveau (dût-on au besoin réensemencer l'urèthre avec du pus très virulent de chaude-pisse récente). Le retour à l'état aigu, c'est-à-dire, à la suppuration de la lumière du canal, favorise la guérison ultérieure et radicale de l'uréthrite glandulaire chronique. C'est une preuve de plus en faveur du balancement que j'établissais plus hau et qui paraît exister fréquemment entre la suppuration de la lumière du canal et les complications glandulaires profondes.

Que faire donc en présence d'une uréthrite aiguë ? D'abord ne pas nuire en supprimant les processus de réaction naturelle. Ensuite mettre l'organisme dans les meilleures conditions de défense.

A ce dernier but je fais converger habituellement quatre ordres de moyens, que j'emploie simultanément pendant toute la période aiguë de l'affection : d'abord le repos général et le repos local de l'organe enflammé, ensuite la balnéation systématique, la diététique des aliments et des boissons et l'emploi des eaux sulfatées calciques.

Je n'insiste pas sur le premier moyen dont l'importance est suffisamment reconnue. Mais je n'en dirai pas autant de l'utilité du grand bain frais quotidien de tout le corps, qui est cependant manifeste. Je passe également sur l'importance de la diététique des aliments et des boissons qui ne m'offre pas matière à considérations bien nouvelles. Je signalerai cependant aux praticiens, qui l'ignorent en général, la nocivité des boissons gazeuses. J'arrive donc directement à l'emploi systématique, qui m'est un peu personnel, des eaux sulfatées calciques.

D'après mon observation, l'emploi à la dose d'une demie à une bouteille par jour de l'eau de la grande source de Vittel, que je prends pour type des eaux sulfatées calciques, diminue assez notablement la douleur à la miction dans la blennorrhagie aiguë et paraît influencer heureusement la phlogose uréthrale. Le sulfate de chaux à la dose de deux cachets de un gramme par jour produit à peu près les mêmes résultats. Mais ce dernier médicament est des plus indigestes.

On me demandera comment peuvent agir les eaux sulfatées calciques. Je crois que la douleur à la miction des blennorrhagiens dépend, en partie, de la teneur de l'urine en corps de la série urique. Ce sont ces corps qui rendent l'urine des fébricitants, des rhumatisants et des goutteux, par exemple, particulièrement irritante pour le canal. Ces corps exerceraient sur l'épithélium uréthral, devenu spécialement vulnérable par le fait de l'inflammation gonorrhéique, un véritable traumatisme chimique. Mon maître, le professeur Gailleton, qui avait soigné des blennorrhagiens atteints de fistule urinaire complète, avait observé que la partie du canal où ne passait pas l'urine guérissait plus vite que l'autre. Les eaux sulfatées calciques me paraissent agir en diminuant la production de corps de la série urique et en atténuant par là

même un facteur important de phlogose uréthrale.

Quoi qu'il en soit de leur mode d'action, il importe que ces eaux ne soient que faiblement alcalines. Je ne crois pas, en effet, que l'usage systématique du bicarbonate de soude et des eaux alcalines fortes soit à recommander. Ou plutôt ils ne sont à employer que temporairement en cas d'acidité très marquée de l'urine. Il ne faut pas oublier qu'un certain degré d'acidité urinaire est une condition bactéricide favorable, et Finger considère cette acidité comme un moyen de défense de la vessie et de l'urèthre profond contre l'invasion gonococcienne. (*Echo de la Médecine et de la Chirurgie*, p. 117).

Traitement de l'arthrite blennorhagique des grandes articulations par l'hyperémie par stase

(BAETZNER.)

Le traitement de Bier a été expérimenté dans quarante cas. La bande de caoutchouc, placée au-dessus de l'article atteint, doit couvrir une grande surface du membre ; pour chaque articulation, il y a des tours de mains spéciaux que l'auteur décrit dans son travail. Il ne faut pas craindre de bien appliquer la bande ; le membre doit présenter un aspect rouge feu, avec œdème, le pouls restant perceptible. Il faut éviter la coloration bleue et les douleurs. On arrive plus aisément à ce résultat dans les cas aigus que dans les cas chroniques.

L'application de la bande dure de 20 à 22 heures, on peut la continuer pendant des semaines en faisant varier le point d'application de la bande. Le traitement par l'air chaud et le massage convient au cours de la convalescence.

Les effets du traitement sont la diminution des douleurs, l'absence des complications, la mobilisation plus rapide des articulations, l'absence d'ankylose consécutive. (*D Zeitschrift für Chir.* n° 6, 1908 et *Rev. de Th. méd. chir.* p. 598, 1908.)

VARIÉTÉS

Exemples de contagion extra-génitale à la nourricerie de l'Hôtel-Dieu du Mans (1591-1596)

En 1895, dans un pauvre hameau des Alpes (1) une femme allaitait deux enfants, le sien propre et un nourrisson du dehors. Quelque temps après la prise du bébé étranger, elle s'aperçut de l'apparition d'abord d'une petite ulcération au sein gauche, puis selon l'expression naïve de son mari, de « boutons à la nature ». Bientôt son enfant présentait, comme elle, tous les signes de l'infection syphilitique. Le mari ne tardait pas à être lui-même contaminé.

D'où venait le mal ? Il fut reconnu que le père du nourrisson étranger était manifestement syphilitique. D'autre part, il n'y avait aucun doute que la famille nouvellement infectée eût été saine jusqu'alors. Le nourrisson était bien l'agent initial d'une contagion que propagèrent rapidement la profonde ignorance et l'état misérable de nos braves montagnards.

(1) Observation du Dr P. Rouquette.

Cet exemple de contamination par l'allaitement n'est pas sans prototypes dans l'histoire de la syphilis. Un registre de l'Hôtel-Dieu du Mans (1) nous a permis de constater qu'à la fin du XVI[e] siècle, de septembre 1591 à octobre 1596, des nourrices et même des « bonnes d'enfant », sans fréquenter de lansquenets, furent victimes de la syphilis par contagion extra-génitale.

En septembre 1591, deux nourrices de cet établissement, Fleurie Bonnet et Catherine Loysel, sont « trouvées entaichées de la malladie venerienne, aultrement la verolle ». Le rapport que les maîtres chirurgiens, Jehan Coullon et Jehan Deronne, adressent « de leur visitation » aux administrateurs de l'Hôtel-Dieu, constate que ces femmes « ont gaigné ladicte malladie à allaicter les enffans de ladicte nourrisserie, fors ladicte Bonnet dont ilz doubtent » (2).

Quatre ans plus tard, le chirurgien Loys le Cormier, de la paroisse du Crucifix (3) médicamente « une nommée Renée Aubert, l'une des nourrisses, de la malladie de verolle qu'elle a gaignée à allaicter les enffans de ladicte nourrisserie (4). » Presque dans le même temps, en novembre 1595, ce praticien devait « medicamenter de son art la fille de Renée Aubert, entaichée de la maladie de verolle, qu'elle a gaignée avec sadicte mère (5) ».

Par un processus identique, d'autres nourrissons sains sont à leur tour contaminés par les nourrices infectées. Nous en avons la preuve dans une délibération, en date du 9 novembre 1591, par laquelle les administrateurs de l'Hôtel-Dieu ordonnent « estre payé par le commys à la recepte du revenu des pauvres à Perrine Hubert, veufve feu Macé Pesaz, la somme de cinq escuz sol pour faire medicamenter Perrine, sa fille, qui a gaigné la verolle avec des nourrices dudict hostel Dieu qui estoient infectées de ladicte malladie » (6).

Mais il n'y a pas seulement danger réciproque pour le nourrisson et pour la nourrice. Le risque de contage menace encore le person-

(1) *Archives des Hospices du Mans*, fonds de l'ancien Hôtel-Dieu de Coëffort, série E, article 1 (ancien D 12 1) : 1[er] registre des délibérations du bureau, de novembre 1585 à décembre 1596 (299 feuillets papier).

(2) *I*, f° *Ibid.* 70, r°, délibération du 7 septembre 1591, signée du chirurgien J. Coullon et des administrateurs, J. Deschamps, C. Demontreulx et C. Lambert.

(3) Ancienne paroisse du Mans.

(4) *Ibid.*, f° 266 v°, délibération du 30 septembre 1596, signée des administrateurs A. Paindebourg, J. Deschamps et M. Danguy.

(5) *Ibid.*, f° 269 r°, délibération du 4 novembre 1595, signée des administrateurs M. Danguy, J. Deschamps et F. Gouault.

(6) *Ibid.*, f° 174 v°, délibération signée des administrateurs C. Demontreulx J. Deschamps, G. Monteul et C. Lambert.

nel auxiliaire de la nursery. Ainsi, un rapport des chirurgiens nous apprend qu'en avril 1592 une simple servante — une bonne d'enfant, comme l'on dirait aujourd'hui — nommée Prunier « pauvre fille, aagée de douze à treze ans seullement », avait contracté la syphilis « à porter et gouverner des enffans qui étaient infectez » (1).

Il n'est pas sans intérêt d'exposer en détail à nos lecteurs les décisions que ces divers cas inspirèrent aux administrateurs de l'Hôtel-Dieu.

Le Bureau passait des marchés pour le traitement des personnes reconnues syphilitiques, qu'elles appartinssent ou non à l'établissement.

Les nourrices Fleurie Bonnet, Catherine Loysel et Renée Aubert furent soignées, les deux premières d'abord, en septembre 1591, par Jehan Coullon, maître chirurgien, puis en mai 1592, par Guyonne-Busson (2) « laquelle se melle de chirurgie », et la troisième, en octobre 1595, par Loys le Cormier, autre maître chirurgien.

Des malades externes — « une pauvre malade de grosse verolle prinse soubz le porche de l'église sainct Julian », en octobre 1591 : Perrine Poutayn « entaichée de la malladie venerienne que l'on appelle grosse verolle », en février 1594 ; Gervays Taincturier en taiché » de la même maladie, en juin 1594 ; la fille de la nourrice Renée Aubert et « une vilaine publicque », entachées toutes deux « de ladicte malladie de verolle » en novembre 1595 ; Symon Bordes « mallade de la malladie venerienne », en octobre 1596 — furent respectivement traités, les deux premières par Guyonne Busson, le troisième par « le sieur de Mongereau, me cirurgien (3) », et les autres par Loys Le Cormier, *alias* Cormuer et Cornuer « me cirurgien, cirurgien des pauvres » (4).

Diverses autorités interviennent dans la fixation et le payement des honoraires de ces cirurgiens. Ainsi, les administrateurs versent « du consentement de messires les gens du roy », un acompte de 6 écus sol à Guyonne Busson, le 26 octobre 1591 ; ils marchandent au prix de 18 écus sol avec le sieur de Mongereau, le 18 juin 1594 « suyvant l'ordonnance verballe de messieurs du Conseil de ville où

(1) *Ibid.*, f° 185 v°, délibération du 18 avril 1592 signée des administrateurs G. Monteul, C. Lambert, C. Demontreulx et J. Deschamps.

(2) Femme de Guillaume Morin « marchand sarger », demeurant au faubourg Saint-Germain-du-Mans (*Ibid.*, f° 186 v°, délibération du 2 mai 1592). Dans une autre délibération du 17 février 1594, elle est dite « cirurgienne » (*Ibid.*, f° 226, r°).

(3) *Ibid.*, f° 235 v°, délibération du 8 juin 1594, signée des administrateurs A. Le Joyant, J. Des champs. A. Paindeborug et R. Le Houx.

(4) *Ibid.*, f° 292 r°, délibération du 26 octobre 1595.

présidoit monsieur le lieutenant général » ; le 4 novembre 1595 «par le mandement de monsieur le lieutenant général », ils élèvent les honoraires de Louys le Cormier de 10 à 14 écus sol pour un double traitement : ils allouent au même, le 26 octobre 1596, 10 écus sol « par l'adviz de mons[r] le reverendissime evesque du Mans », mais ne lui en comptent que 7 «sauf à se pourveoir vers mons[r] du Mans pour le surplus du payement (1) ». Il arrivait qu'une personne charitable ou que le malade lui-même contribuât au payement des honoraires fixés : Gervays Taincturier « baille la somme de cinq escuz sol qu'il avoit avec luy » au sieur de Mongereau qui devait recevoir 18 écus (2) ; Guyonne Busson touche du Bureau 8 écus sol, auxquels s'ajoutera « la somme de deux écuz que luy a promyz une dame pour aider » au traitement (3). Parfois, l'Hôtel-Dieu ne fait que l'avance des honoraires, qu'il se réserve de récupérer sur tel autre établissement ; ainsi le 18 juin 1594, il verse 13 écus sol « sans préjudice de poursuyr, le m[r] et administrateur de saint Ladre pour la repetition desdits treze escuz suyvant l'ordonnance du Conseil de ville » (4).

Ces sommes n'étaient point remises d'un coup aux chirurgiens. Pour le traitement simultané de Fleurie Bonnet et de Catherine Loysel, M[e] Coulon obtient une provision de 6 écus sol dès que les malades entrent « à son logis », le reste devant lui revenir « dedans la guarison ». Notons, en passant, qu'il lui fut alloué « ensemble quatre solz pour deux médicines et le vin du serviteur (5) ». Sur 6 écus 1/2, Guyonne Busson n'en touche que 3 « en se chargeant de sa mallade », la petite Prunier. La même, sur 16 écus 2/3, prix de nouveaux soins à donner aux nourrices Bonnet et Loysel, reçoit deux avances de 7 écus sol chacune, le reste devant lui être payé « à la fin de la guérison ». Sur 8 écus sol, pour une autre malade, le commis à la recette lui en baille 4 « dedans huict jours » et 4 « dedans troys semaines ». De même, Mongereau touche d'un client 5 écus sol au début du traitement, mais il ne reçoit l'allocation du Bureau, soit 13 autres écus sol, qu'« après la guérison de Taincturier » (6).

Il semble, d'après ces accords, que le malade fût d'ordinaire soi-

(1) Pour ces délibérations, *ibid.*, f° 173 r°, 235 v°, 269 r°, 292 r°
(2) *Idib.*, f° 245 v°.
(3) *Ibid.*, f° 226 r°.
(4) *Ibid.*, f°. 235 v°.
(5) *Ibid.*, f° 169 v°.
(6) *Ibid.*, Délibérations déjà visées, aux f° 185 v°, 223 v° et 2[illegible]

gné au domicile du chirurgien et que la durée du traitement variât de trois semaines à un mois (1).

Sur ce dernier point, il est évident qu'il ne saurait s'agir de la cure radicale, mais de la seule disparition des accidents primaires, dont la guérison exige encore aujourd'hui, au minimum, trente jours de traitement. Ce qui nous le prouve, c'est qu'à huit mois d'intervalle nous assistons, chez deux des nourrices, à de nouvelles manifestations du mal, parvenu, sans aucun doute, à la période secondaire de son évolution.

En conclusion, ce serait le cas de rappeler la célèbre maxime de Salomon : « Il n'y a rien de nouveau sous le soleil » si l'exploration de plus en plus fréquente des dépôts d'archives ne devait en prétexter trop souvent la citation. Nos lecteurs apprécieront cependant de quelle utilité peut être l'étude des vieux documents, où se découvrent les progrès de la science, si justement définie « une longue observation ». Dans la lutte contre la syphilis, véritable croisade qui se prêche actuellement même sur la scène, les remarques du passé ne sont pas à dédaigner. Et l'on a plaisir à constater que si nos ancêtres n'eurent pas à leur disposition tous nos moyens d'investigation et de contrôle scientifique, ils n'en furent pas moins pourvus de grandes qualités d'observation clinique, dont les effets étaient de protéger la santé publique, souvent même à l'aide d'une véritable prophylaxie, des fléaux qui la menacent.

J. L'Hermite et Dr P. Rouquette.

La France médicale.)

Contribution à l'étude du traitement de la lèpre.

Par MM. Eramo do Amaral,
Directeur de l'Hôpital des Lépreux de Guapira
et Ulysses Paranhos,

Pour juger de la valeur des divers médicaments recommandés pour la guérison de la lèpre, nous avons voulu les essayer chez les nombreux malades de l'hôpital des Lépreux, à Guapira, Saô-Paulo et chez quelques-uns de notre clientèle particulière.

Voici les résultats de ces études, que nous allons mieux détailler, sans prétentions d'originalité et à peine stimulés par le désir

(1) *Ibid.*, f° 170 r°, délibération du 6 septembre 1791. Le chirurgien Coullon, chargé de « guarir et medicamenter » Fleurie Bonnet et Catherine Loysel, promet « ainsi le faire dedans un mois ».

de soumettre à nos confrères les résultats des essais du traitement de la lèpre, si fréquente dans certaines régions du Brésil.

Dans notre exposition nous citerons chaque espèce de médicaments employés et le résultat obtenu.

L'huile de chaulmoogra (*Gynocardia odorata*) a été essayée sur une grande échelle. Les doses administrées varient de 10 à 200 gouttes par jour. Quand le malade supporte de hautes doses et pendant longtemps, l'huile de chaulmoogra est encore le meilleur remède contre la lèpre. Sous l'action de ce remède l'amélioration s'accentue, l'état général se modifie, la maladie reste stationnaire et le malade peut prolonger sa vie pour longtemps. Malheureusement, comme le prouvent nos nombreuses observations, l'huile de chaulmoogra à hautes doses est mal supportée et il apparaît de sérieux accidents gastro-intestinaux qui obligent à interrompre le traitement. Chez les malades de notre clientèle particulière, nous avons essayé l'emploi de l'huile de chaulmoogra en injections-intramusculaires, selon la méthode de Tourtoulis-Bey, et nous avons été forcés d'abandonner cette méthode, puisque les malades ne pouvaient la supporter à cause des vives douleurs. Chez d'autres lépreux nous avons employé l'acide gynocardique, principe actif de l'huile de chaulmoogra, sous la forme de gynocardate de soude, et les résultats ont été entièrement nuls, bien que les doses administrées aient atteint jusqu'à un gramme de gynocardate de soude par jour.

L'ichtyol, recommandé par Dubreuilh au Congrès de Berlin de 1904, a été employé largement en applications internes et externes, selon la méthode de Unna, et nous n'avons à signaler que des insuccès.

Les acides phénique, en forme de pilules, salicylique, thymique furent essayés sans résultats.

L'europhène a été recommandé pour le traitement de la lèpre par Goldschmidt en 1894.

De nos observations sur l'europhène, il convient de signaler la suivante : il s'agit d'une jeune fille lépreuse. Diagnostic confirmé par l'examen microscopique du mucus nasal. Chez cette malade fut préconisé l'europhène en injections dans le tissu lépreux. On injecta une solution d'europhène dans l'huile de vaseline à 3 p. 100 ; les applications étant faites tous les deux jours, nous arrivâmes à pratiquer 60 injections en six mois. Une année après le traitement nous avons revu cette malade qui nous demanda si elle pouvait se marier, son état était le même qu'avant, une plaque lépreuse à la cuisse gauche dyschromique et anesthésique, une plaque à la région inférieure de l'abdomen et une petite tumeur au bras droit. Nous examinons de nouveau le mucus nasal, il contenait encore le

bacille de Hansen. Nous lui défendons le mariage en lui montrant les dangers.

Cette malade partit pour l'Allemagne et nous n'avons plus eu de ses nouvelles.

Les sels mercuriels solubles et insolubles furent employés dans beaucoup de cas par la voie gastrique et hypodermique.

La médication mercurielle dans le traitement de la lèpre n'a aucune valeur et nous la considérons comme dangereuse pour l'anémie qu'elle produit, sauf dans les cas de complications d'une infection syphilitique.

Les iodures et l'arsenic, inclus les cacodylates et l'arrhénal, sont mal supportés et donnent des résultas négatifs ; toutefois les deux derniers peuvent être administrés à petites doses, comme toniques.

Les extraits fluides de *Mangue rouge* (Risophara mangle L.), de *Salsepatreille* (Seinlax Salsaparilla L.), de *Jupsicanga* (Solanum Repandium Vel.) furent pendant deux ans employés à l'Hôpital des Lépreux sans résultats efficaces.

Toutefois ils sont bien tolérés par les malades, qui les acceptent avec plaisir.

Les extraits de *Yambuassu* et de la *Tarnya* annoncés par la presse extra-médicale comme ayant des vertus miraculeuses, sont dénués de toute propriété thérapeutique, en mettant très souvent la vie du malade en danger.

Les médicaments qui ont donné les meilleurs résultats à l'Hôpital des Lépreux à Guapira,Saô-Paulo, sont le salicylate de soude l'iodoforme et l'eucalyptol.

Le salicylate de soude a été largement employé à l'Hôpital des Lépreux, donnant de magnifiques résultats dans les poussées aiguës, douloureuses et fébriles.

L'iodoforme en injection intra-musculaire dans les tissus lépreux fut employé, pour la première fois à Saô-Paulô, par le Dr Arthur Mendoça, sur un malade de sa clientèle privée, en solution huileuse à 30 p. 100, deux fois par semaine avec un résultat encourageant. Après cette expérience, ces mêmes injections furent faites sur plusieurs malades à l'hôpital de Guapira.

Malgré son action cicatrisante sur les ulcères, la rétraction des tubercules, l'augmentation de poids et une amélioration dans l'état général, ces injections sont mal tolérées.

Après leurs applications viennent des insomnies, agitations, perturbations gastro-intestinales, ce qui oblige à restreindre son indication réellement bienfaisante.

Les injections intra-musculaires d'une solution huileuse d'eu-

calyptol à 100 p. 100 de 2 cc. à 3 cc. trois fois par semaine, ont donné des résultats très satisfaisants et sont employées actuellement à l'hôpital de Guapira sur plus de 70 malades.

Le traitement par ces injections modifie rapidement l'état général du malade, réduit les tubercules de volume et facilite l'absorption des infiltrations.

Les malades cachectiques, obligés de garder le lit, à cause de la diarrhée rebelle, par l'emploi de l'eucalyptol ont meilleur appétit, augmentent de poids et sont confiants dans les résultats de cette médication.

Le malade A. N..., en six mois de ce traitement, a augmenté, avec 30 injections, de 15 kilos et continue à se bien porter. J. S... augmenta de 8 kilos avec la même quantité d'injections et son état général est excellent. Nous pourrions citer encore des observations semblables à celles-ci, en très grand nombre, mais nous préférons les passer sous silence afin de ne pas donner trop d'étendue à cette note.

Nous sommes loin de croire que l'eucalyptol guérisse la lèpre ; mais ce qu'il est important d'enregistrer, c'est que, combiné avec de l'huile d'olive, il relève les forces du malade et surtout diminue les phénomènes de l'intoxication de l'organisme si fréquents dans la lèpre.

Grâce aux bons résultats recueillis et à l'acceptation absolue des malades pour ce médicament, l'eucalyptol constitue le remède le plus répandu aux infirmeries de l'hôpital de Guapira et sur ce médicament nous demandons l'attention de nos confrères.

En plus des médicaments mentionnés, nous avons employé aussi une médication symptomatique ; ainsi nous ordonnons les glycéro-phosphates et la strychnine comme tonique ; le tannigène et l'opium contre la diarrhée ; l'ichtyol contre la lymphangite ; le baume du Pérou et le thymol contre le prurit rebelle.

Comme topiques, nous employons sous forme de pommades la chrysarobine, l'acide pryogallique, la résorcine, le bleu de méthylène, l'ichtyol et l'extrait mou de mangue.

Les pommades de résorcine, de boricine, associées au menthol, sont employées avec profit pour les ulcères du visage et les fosses nasales.

Pour les ulcères larges et profonds, nous employons avec excellents résultats les applications de nitrate d'argent à 1 p. 100 et l'iodoforme et le charbon végétal, mélangés en parties égales.

Avant de connaître la communication de Hallopeau, nous avons eu l'idée d'essayer l'atoxyl dans la lèpre.

Nous employons l'atoxyl en injection hypodermique, à la dose

de 0,20 centigrammes chaque deux jours, et nous arrivons jusqu'à 3 grammes de ce sel.

Avec cette méthode, nous n'avons pas eu d'accident d'intoxication et les malades la supportent très bien.

Actuellement, l'atoxyl est en essai pour le traitement de la lèpre sur 12 malades de l'hôpital de Guapira.

La thérapeutique est toujours alliée à une hygiène rigoureuse, une alimentation saine ayant pour base des végétaux, et autant que possible le travail méthodique, qui distrait l'esprit des recueillis à l'Hôpital des Lépreux, les relevant du découragement naturel où les plonge la lèpre. (*Bull. général de thér.* 23 janvier 1908)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Syphilis de l'appareil circulatoire

CIARROCCHI. — Su di una linfangioite superficiale, reticolare e raggiata. moniliforme, satellite di un sifiloma iniziale dell'areola mammaria. (Soc. derm. ital.; in : *Giorn. ital. d. mal. ven.*, fasc. II, 1908.)

EHRMANN. — Ueber die Peri-und Endolymphangitis syphilitica. (*Arch. f. D. u. S.*, LXXXI B., 2 u. 3 H., sept. 1906.)

GAUCHER et BORY. — Artérite syphilitique et gangrène du pied gauche (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 2, févr. 1908.)

GAUCHER et NATHAN.— Note sur un cas d'aortite syphilitique. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 2, févr. 1908.)

W. HALE WHITE. — Klinische Betrachtungen über Visceralsyphilis. (Med. Chron., June 1906 ; in : *Deut. med. Zeit.*, 1906, n° 98.)

H. G. KLOTZ. — Peripheral syphilitic arteritis. (*Journ. of cut. dis.*, oct. 1907.)

LANDOIS. — Ein Beitrag zur Syphilis des Herzmuskels. (*Arch. f. D. u. S.*, XC B., 1 u. 2 H., Apr. 1908.)

L. RÉNON. — Rétrécissement mitral, aortite, coronarite et tabès chez une syphilitique. (*Syph.*, T. IV, n° 7, juil. 1906.)

SAATHOFF. — Aortenaneurysma auf syphilitischer Grundlage. (Munch. med. Wochens., 42/1906 ; in : *Deut. med.*, *Zeit.*, 1906, n° 88.)

WESTPHALEN. — Ueber Fieber bei visceraler Syphilis. (St-Peters. med. Woch., 36, 1906 ; in : *Deut. med. Zeit.*, n° 14, 18 Febr. 1907.)

Syphilis de l'appareil locomoteur

CARRUCCIO. — Sifilide ed artropatie. (Soc. derm. ital. ; in : *Giorn. ital. d. mal. ven.*, fasc. II, 1908.)

FRAUENTHAL. — Arthritis due to venereal diseases. (*Amer. journ. of Derm.* nov. 1906.)

GAUCHER et BORY.— Mal de Pott syphilitique. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 3 mars 1908.)

JUDET.— Arthrite syphilitique du genou traitée pendant huit ans comme arthrite bacillaire. (Soc. de l'internat des Hôp., Paris, 27 févr. 1908 ; in : *Presse méd.*, n° 19, 4 mars 1908.)

LOZÉ, LEREDDE et MARTIAL.— Myosite syphilitique du biceps brachial. (*Rev. pr. d. mal. cut.*, n° 8, août 1907.)

PAPILLON.— Ostéo-périostite syphilitique. (Soc. de pédiatrie, 14 avr. ; in : *Presse méd.*, n° 33, 22 avr. 1908.)

W. A. QUINN. — Case of syphilis with Ankylosis of the mandibb.(Chicago derm. Soc., Jan. 31, 1907 ; in : *Journ. of cut., dis.*, June 1907.)

J.-P. ROCHE. — Contribution à l'étude des fractures pathologiques chez les syphilitiques. (Thèse, Montpellier, 1907 ; in : *Ann. de Méd. et chir. inf.*, n° 24, 15 déc. 1907.)

VALLOIS. — Quelques considérations sur les lésions syphilitiques des os longs chez les nouveau-nés. (*Ann. d. mal. vén.*, n° 1, août 1906.)

VIVIER. — Note sur un cas de pseudo-tumeur blanche syphilitique. (*Ann. des mal. cut.*, n° 12, déc. 1907.)

M. W. WARE. — Radiograms of syphilis of the long bones. (*Journ. of cut dis.*, nov. 1907.)

L. WAELSCH. — Pes planus inflammatus syphilitius. (Prager med. Wochens, 41, 1906 ; in : *Deut. med. Zeit.*, n° 2, 7 Jan. 1907.)

Syphilis oculaire

ANTONELLI. — Syphilis et myopie. (Soc. franç. d'ophtal., 6 mai 1908 ; in : *Presse méd.*, n° 41, 20 mai 1908.)

O. BELT. — Syphilis of the uveal tract. (*Amer. Journ. of Derm.*, July 1906.)

W. CROSKEY. — Syphilis in its relation to the eye. (*Amer. Journ. of Derm.* Aug. 1906.)

DONOVAN. — Syphilitic diseases of the eye. (*Amer. Journ. of Derm.*, sept 1906.)

GILES. — Syphilis of the eyelids. (*Amer. Journ. of Derm.*, Aug. 1906.)

MILLER. — Ocular syphilis. (*Amer. J. of. D.*, Oct. 1906.)

PISTOJ. — Sifiloma iniziale all'angolo interno dell'occhio destro. (*Giorn. ital. d. mal. ven.*, fasc. III, 1907.)

SCHWEIGER. — Tarsitis luetica. (Berl. ophtal. Ges., 21 Febr 1907 ; in : *Deut. med. Zeit.*, n° 19, 7 märz 1907.)

STERLING RYERSON. — Some syphilitic affections of the eye and ear. (*Amer. Journ. of Derm.*, April 1906.)

Syphilis de l'appareil digestif

BULKLEY. — Syphilis of the lips. (N. Y. Acad. of med., March 5, 1907 ; in : *Journ. of cut. dis.*, June 1907.)

COURCOUX et RIBADEAU-DUMAS. — L'angiocholite syphilitique. (*Ann. de maladies vén.*, n° 1, janv. 1908.)

CHASE. — Syphilis of the stomach. (*Amer. Journ. of Derm.*, July 1906.)

CHASSAIGNAC. — Syphilitic affections of the anus and rectum. (*Amer. Jour. of Derm.*, July 1906.)

GAUCHER et BORY.— Syphilis ou tuberculose de l'anus. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 3, mars 1908.)

GAUCHER et BORY.— Tuberculose on syphilis linguale. (*Bul. Soc. fr. D. et S.* n° 3, mars 1908.)

GAUCHER, LOUSTE et BORY. — Syphilis linguale on epithelioma ? (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 11, déc. 1907.)

GIBBONS. — Syphilis of the oropharynx. (*Am. of Derm.*, Aug. 1906.)

HALLOPEAU. — Herpès intra-buccal récidivant chez un malade atteint antérieurement de syphilides du voile du palais. (*B. S. fr. D. et S.*, n° 6, juin 1908.)

HALLOPEAU et RAILLIET. — Sur un cas de glossopathie fissuraire survenue deux mois après l'apparition du chancre. (*B. S. fr. D. et S.*, n° 10, nov. 1907.)

HARRISON GRIFFIN.— Syphilis of the throat. (*Am. J of Derm.*, Sept. 1906.)

ILLOWAY.— Syphilis in the digestive tract. (*Am. J. of Derm.*, April 1906.)

JELKS. — The ano-rectal manifestations of syphilis. (*Amer. Journ. of Derm.*, sept. 1906.)

OBERWARTH. — Les dents d'Hutchinson. (*Jahrb. f. Kinderh.*, août 1907.)

LETULLE. — Syphilis et cancers de la muqueuse bucco pharyngée. (*Presse méd.*, n° 30, 11 avr. 1908.)

LITTEN. — Le bersyphilis. (Berlin med. Gesell., 19 Dez. 1906 ; in : *Deut. Med. Zeit.*, n° 1, 3 jan. 1907.)

MILIAN. — Liséré mercuriel. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 9, déc. 1906.)

U. MONNIER. — Cancer de l'estomac chez un tuberculeux syphilitique âgé de 30 ans. (Soc. méd. chir. des Hôp., de Nantes, 10 mars 1908 ; in : *Gaz. méd. Nantes*, 9 mai 1908.)

D. W. MONTGOMERY, A. SHERMAN.— A combination of syphilis and epithelioma of the tongue. (*J. of cut. dis.*, Dec. 1906.)

MORESTIN. — Perforation palatine syphilitique palatoplastie. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 9, juil. 1907.)

MORESTIN. — Perforations syphilitiques du palais opérées avec succès. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 9, déc. 1906.)

MORESTIN. — Cancer du pharynx chez une femme atteinte antérieurement d'accidents tertiaires pharyngés. (*Bul. Soc. fr. D. e S.*, n° 3, mars 1907.)

H. PATER. — Syphilis de l'estomac. (*Gaz. des Hôp.*, 9 et 16 nov. 1907, p. 1527.)

Ed. SCHWARTZ.— Le rétrécissement dit syphilitique du rectum. (*Presse méd.* n° 47, 12 juin 1907.)

Lupus tuberculeux.

AUDRY. — Sur une variété riziforme de miliaire lupoïde. (*Ann. de D. et S.*, n° 1, janv. 1908.)

BAYET. — L'ophtalmo-réaction dans le lupus tuberculeux. (*Bul. Soc. belge D. et S.*, n° 1, 1907-1908.)

BLASCHKO. — Was leisten die neueren Behandlungsmethoden des Lupus vulgaris, und welches sind ihre Indikationen ? (*Derm. Zeits.*, B. XIV, H. 1, jan. 1907.)

B. Bloch. — Beitrag zur Kenntnis des Lupus pernio. (*Mon. f. pr. D.*, B. 45, n° 4, 15 Aug. 1907.)

Bowen. — Lupus vulgaris. (Boston derm. Soc. ; in : *J. of cut. dis.*, June 1908.)

Bulkley. — Extensive lupus of the face, showing result of X-Ray treatment. (N. Y. derm. Soc. ; in : *J. of cut. dis.*, nov. 1906.)

Burdick. — A queer result in lupus vulgaris. (*Amer. J. of D.*, déc. 1906.)

Burns. — Lupus vulgaris. (Boston derm. Soc. ; in : *J. of cut. dis.*, June 1908.)

De Buy Wenniger. — Lupus vulgaris. (Netherl. soc. of D. ; in : *Brit. J. of D.*, June 1906.)

Comas et Prio. — Resultados cosmeticos de la Rœntgenterapia en el tratamiento del lupus. (*Rev. esp. d. D. y S.*, T. VIII, n° 96, déc. 1906.)

L. Delmas. — Traitement du lupus vulgaire par le pyrogallol. (*La Clin.*, n° 21, 22 mai 1908.)

Eitner. — Röntgen-Behandlumgsresultate bei Lupus vulgaris. (*Wien. med. Wochensch.*, 12 et 19 mai 1906.)

Evans (Willmott). — The present state of the treatment of lupus vulgaris. (*Brit. J. of D.*, Febr. 1907.)

Fordyce et Trimble. — Lupus of the mucous membrane of the nose. (N. Y. derm. Soc., April 23, 1907 : in · *Journ. of cut. dis.*, July 1907.)

Fox. — Lupus. (N. Y. derm. Soc. ; in · *J. of cut. dis.*, March 1907.)

François. — Lupus vulgaire traité par la photothérapie. (*Bul. Soc. belge D. et S.*, n° 1, 1906-1907.)

Gavazzeni. — Ricerche sulle modificazioni istologiche determinate dalle applicazioni di Finsen nella pelle luposa (*Giorn. ital. d. mal. ven.*, fasc. 1,1907.)

Graham Little. — Lupus vulgaris. (D. Soc. of gr. Br. a. Ir., March. . in : *Brit. J. of D.*, May 1906.)

Hartzell. — Lupus vulgaris. (Phil. derm. Soc. in : *J. of cut. dis.*, sept. 1906.)

Heuck. — Ueber tumorbildenden Lupus. (*Arch. f. D. u. S.*, LXXXII B, 1 H., Okt. 1906.)

Howe.— Lupus vulgaris. (Boston derm. Soc.; in : *J. of. cut. dis.*, Jan. 1907.)

König. — Ueber die v. Pirquetsche kutane Tuberkulinimpfung und die Ophthalmoreaktion bei lupösen Erkrankungen. (*Arch. f. D. u. S.*, LXXXIX, B., 3 H., März 1908.)

A. Kraus. — Beitrag zur Pathogenese u. Klinik des Lupus follicularis disseminatus. (*Mon. f. pr. D.*, B. 45, n° 11, 1 Dez. 1907.)

Mac Leod. — Epithelioma on an X-Ray scar in a case of lupus vulgaris. (*Brit. J. of D.*, March 1906.)

Morrow. — Tuberculosis of the skin. (N. Y. derm. soc. ; in : *J. of cut. dis.*, déc. 1906.)

Oberndorfer. — Lupus vulgaris incipiens. (Manh. derm. Soc. ; in : *J. of cut. dis.*, May 1908.)

Parounagian. — Lupus vulgaris. (Manh. derm. Soc. ; in : *J. of cut. dis.*, Oct. 1906.)

Pautrier et Fage. — Lupus de la cuisse ulcéreux et végétant, à marche

serpigineuse, ayant persisté pendant deux ans à l'état d'ulcérations pure. (*Ann. de D. et S.*, n° 1, janv. 1908.)

POLLAND. — Lupus pernio. (*Derm. Zeitsch.*, B. XIII, H. 11, nov. 1906.)

SCHAMBERG. — Lupus vulgaris. (Phil. derm. Soc.; in : *J. of cut. dis.*, Dec. 1906.)

SEQUEIRA. — Lupus vulgaris. (D. Soc. of London, nov. ; in : *Brit. J. of D.*, Déc. 1906.)

STELWAGON. — Lupus vulgaris. (Phil. derm. Soc. ; in : *J. of cut. dis.*, Dec. 1906.)

WICHMANN. — Zur Radiumbehandlung des Lupus. (*Monatsh. f. pr. D.*, B. 43, n° 12, 15 Dez. 1906.)

WINKLER. — Die Verbindung der Röntgentherapie mit der Frankliniseation in der Behandlung des Lupus vulgaris. (*Mon. f. pr. D.*, B. 45, n° 5, 1ᵉʳ sept. 1907.)

Tuberculose cutanée.

ABRAHAMS. — Tuberculosis cutis. (Manh. derm. Soc. ; in : *J. of cut. dis.*, Oct. 1906.)

H. G. ADAMSON. — Tuberculides. (Derm. Soc. of London, May ; in : *Brit. J. of D.*, June 1906.)

ARLOING. — Sur la réaction cutanée à la tuberculine. (Soc. méd. d. Hôp. Lyon, 18 juin 1907 : in : *Lyon méd.*, n° 41, 13 oct. 1907.)

BARMANN, (G. u. HALBERSTADTER. — Experimentelle Hauttuberculose bei Affen. (*Berl. Klin. Wochenschr.*, 1906, n° 7.)

L. M. BONNET. — Folliculites provoquées probablement par la tuberculose. (Soc. méd. des Hôp., Lyon 11 févr. ; in : *Lyon méd.*, p. 720, 1908.)

BURNS. — Tuberculide. (Boston derm. Soc. ; in : *J. of cut. dis.*, June 1908.)

CIUFFO E BALLERINI. — Alcuni recenti metodi di diagnosi della tubercolosi in dermatologia. (*G. ital. d. mal. ven. e d. pelle*, 1907, fasc. VI.)

DANLOS et LÉVY-FRANKEL. — Forme géante de tuberculose cutanée végétante. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 5, mai 1908.)

DANLOS et LÉVY-FRANKEL. — Deux vastes ulcérations tuberculeuses datant de 11 années. (*Bull. Soc. fr. D. et S.*, n° 6, juin 1908.)

DORE. — Tuberculides. (Derm. Soc. of London, May ; in : *Brit. J. of D.* June 1906.)

DUFOUR et BRUSLÉ. — Ophtalmo-réaction à la tuberculine chez les enfants (procédé de Calmette). Cuti-réaction. (*Bul. Soc. méd. Hôp.*, n° 26, 25 juil. 1907.)

FAGE. — Chancre tuberculeux. (*Progrès méd.*, n° 10, 7 mars 1908.)

FOX. — Tuberculosis of the nose in a child. (N. Y. derm. Soc. ; in *J. of cut. dis.*, Sept. 1906.)

COLCOTT FOX. — Tuberculide. (Derm. Soc. of London ; in : *Brit. J. of D.* Apr. 1906.)

GAUCHER et NATHAN. — Erythème polymorphe et tuberculose. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 1, janv. 1908.)

GRAHAM LITTLE. — Tuberculides. (D. Soc. of Gr. Br. a. Ir., June ; in : *Brit. J. of D.*, Aug. 1906.)

GRAHAM LITTLE. — Multiple tuberculosis verrucosa cutis. (Derm. Soc. of London, Febr. : in : *Brit. J. of D.*, March 1906.)

GRAHAM LITTLE. — Tubercular (?) foci. (D. Soc. of London, Jan. : in : *Brit. J. of D.*, Febr. 1907.)

HARTZELL. — Tuberculosis cutis verrucosa. (Phil. derm. soc. in : *J. of cut. dis.*, May 1908.)

HEUCK. — Hauttuberkulose. (Berlin. derm. Gesellsch. 3 Juli 1906 : in : *Monatsh. f. prakt. Derm.*, B. 43, n° 2, 15 Juli 1906.)

HUDELO, GASTOU et F. LÉVY. — Dermite paratuberculeuse avec eczématisation superficielle fixe et récidivante. (*Bull. Soc. franç. de derm. et Syph.*, n° 8 nov. 1904.)

LE CALVÉ. — De l'emploi systématique du chlorure de zinc, dans le traitement de certaines tuberculoses ouvertes superficielles (adénites, gommes, ulcération). (*Gaz. méd. Nantes*, n° 4, 27 janv. 1906.)

MACLEOD.—Tuberculosis cutis following measles. (Derm. Soc. of London, Febr. ; in : *Brit. J. of D.*, March 1906.)

MEWBORN. — Tuberculosis verrucosa cutis. (N. Y. derm. Soc. ; in : *J. of cut. dis.*, Sept. 1906.)

MIBELLI. — Tubercolosi miliare disseminata del cuoio capelluto (*Giorn. ital. d. mal. ven.*, fasc. VI, 1906.)

MILIAN. — Nature tuberculeuse du pityriasis rubra pilaire. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 9, déc. 1906.)

NOEVER. — De l'importance clinique de la réaction cutanée et percutanée de la tuberculine chez les adultes. (*La Clin.*, n° 31, 31 juil. 1908.)

ORMSBY. — Tuberculosis verrucosa cutis, closely resembling blasto-mycosis. (Chicago. derm. Soc. ; in : *J. of cut. dis.*, May 1908.)

A. PONCET et R. LERICHE.— Tuberculose inflammatoire à forme scléreuse : scléro-tuberculose et diathèse fibreuse. (*Lyon méd.*, 17 mai 1908.)

SCHAMBERG. — Possible tuberculosis of the skin. (Philad. derm. Soc. April 16, 1907 ; in : *Journ. of cut. dis.*, July 1907.)

A. SCHMITT. — De la valeur diagnostique et thérapeutique de la tuberculine en dermatologie. (*Gaz. méd. de Nantes*, 22 juin 1907.)

C. M. SMITH. — Tuberculide. (Boston derm. Soc ; in : *J. of cut. dis.*, oct. 1906.)

TOWLE. — A case of tuberculosis verrucosa cutis. (Boston derm. Soc., April 1906 : in : *Journ. of cut. dis.*, Jan. 1907.)

UMBERT. — Nota contributiva al estudio de las tuberculosis cutaneas. (*Rev. esp. de D. y S.*, T. IX, n° 99 et 100. Marzo et Abril 1907.)

Furoncle et anthrax.

P. FOURNIER. — Traitement abortif de l'anthrax et du furoncle. (*Journ. de Méd. de Paris*, n° 49, 8 déc. 1907.)

FOURNIER (de Versailles). — Technique opératoire de l'anthrax, procédé de l'extirpation. (*Journ. de Méd. de Paris*, n° 46, 17 nov. 1907.)

LACAPÈRE. — Traitement des furoncles. (*La Clin*, n° 19, 8 mai 1908.)

Pini. — Contributo alla patogenesie alla terapia della furuncolosi. (S. derm. ital., 21 déc. 1907 ; in : *G. ital. d. mal. ven.*, fasc. II. 1908.)

Pouchet. — Emplâtre abortif du furoncle. (*Journ. de Méd. de Paris*, n° 29 févr. 1908.)

Reclus. — Traitement des furoncles et anthrax. (*Journ. de Méd. de Paris*, n° 51, 22 déc. 1907.)

Sporotrichose.

Balzer et Galup. — Trois nouveaux cas de sporitrichose en gommes disséminées. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 4, avr. 1908.)

Balzer et Fernet. — Sporotrichose en gommes sous-cutanées. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 6, juin 1908.)

De Beurmann et Gougerot. — Sporotrichoses tuberculoïdes. (*Ann. de D. et S.*, T. VIII, nos 8, 9, 10 et 11 ; août, sept., oct., nov. 1907.)

De Beurmann et Gougerot. — Les sporotrichoses hypodermiques. (*Ann. de D. et S.*, T. VII, nos 10, 11 et 12, oct., nov., déc. 1906.)

De Beurmann et Gougerot. — Treizième cas de sporotrichose. Sporotrichose localisée du bras. Lymphangite gommeuse ascendante. (*Bul. Soc. méd. Hôp.*, n° 27, 1er août 1907.)

De Beurmann et Gougerot. — Sporotrichosis. Ulcus primitivum sporotrichoticum (Sporotrichosis verrucosa), cum lymphangide ; gummata nodosa. (*Ikon. derm.*, fasc. III, 1908.)

De Beurmann et Gougerot. — Sporotrichosis. Gummata disseminata ulcerata. (*Ikon. derm.*, fasc. III, 1908.)

Bonnet. — Un cas de sporotrichose. (*Ann. de D. et S.*, T. VIII, n° 11, nov. 1907.)

Dor. — La sporotrichose (abcès sous-cutanés multiples). (*Presse méd.*, n° 30, 14 avr. 1906.)

Druelle et Chadzinski. — Un cas de sporotrichose à types multiples avec localisation périostée. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 6, juin 1908.)

Duque. — Surgical treatment of cutaneous sporotrichosis. (*Amer. J. of D.* June 1908.)

Gaucher, Fouquet et Giroux. — Un cas de sporotrichose gommeuse de l'avant-bras droit. (*Bul. Soc. fr. D et S.*, n° 5, mai 1908.)

Rubens-Duval et Fage. — Un nouveau cas de sporotrichose gommeuse, cutanée et sous-cutanée, avec ulcérations spontanées. (*Bul. Soc. méd. Hôp.* n° 15, 9 mai 1907.)

Dermatologie. — Thérapeutique.

Besson. — Technique de la méthode de Bier. (*J. d. Sc. méd. Lille*, n° 45, 9 nov. 1907.)

Brindel. — Paraffine solide et paraffine liquide dans la prothèse nasale. (*Rev. hebd. de Lar., ot. et rhin.*, n° 23, 9 juin 1906.)

Demelin. — Quand faut-il donner des injections vaginales et intra-utérines et avec quoi ? (*J. des Prat.*, n° 42 *bis*, 23 oct. 1907.)

Dessonnes. — Sur un moyen d'assurer sans aucun inconvénient une puissante antisepsie. (*Gaz. d. Hôp.*, 21 janv. 1908.)

GASTOU et FERREYROLLES. — Les eaux de la Bourboule en injections sous-cutanées (comparaison avec les sérums artificiels, l'eau de mer et les eaux radio-actives). (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 4, avril 1907.)

GASTOU et FERREYROLLES. — Action des eaux de la Bourboule sur l'élimination de quelques éléments urinaires dans les dermatoses dites diathésiques. (*Bul. Soc. fr. D. et S*, n° 4, avril 1907.)

GASTOU et GUILLOT.— Baumes et onguents à base d'essences et de résines végétales, dans le traitement externe des brûlures. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 8, juil. 1907.)

GÉRARDIN. — Notes pour l'histoire des simples. L'arnica montana (daronia des Allemands), à travers les bouquins. (*Union méd. et scient. du Nord-Est*, n° 8, 30 avr. 1906.)

HEIDINGSFELD. — Histo-pathology of paraffin prothesis. (*J. of cut. dis.*, Nov. 1906.)

JACQUET. — Traitement simple de certaines dermatoses et déformations de la face. (*Presse méd.*, n° 46, 8 juin 1907.)

MASOTTI. — Les injections de paraffine en esthétique d'après la méthode du Dr Lagarde. (*Bul. Soc. de Méd. Paris*, n° 9, 8 mai 1908.)

MIBELLI. — Emulsion homogène et stable d'huile de cade. (*Journ. de méd. de Paris*, n° 2, 12 janv. 1908.)

RAJAT. — Indications thérapeutiques des eaux de Vichy dans les maladies cutanées (dermatoses toxiques, alimentaires et diathésiques). (Wallon, éd., Vichy, 1908.)

REVERDIN et MASSOL. — De l'asepsie des mains en chirurgie. (*Bull. méd.*, n° 33, 28 avr. 1906.)

SABOURAUD. — De l'épilation à la pince. (*Clin.*, n° 50, 13 déc. 1907.)

SABOURAUD. — Les emplois du baume du commandeur en dermatologie. (*Clin.*, n° 47, 22 nov. 1907.)

SCHULTZE. — Traitement des inflammations et des suppurations aiguës par la ventouse. (*Progrès méd.*, n° 2, 11 janv. 1908.)

SERSIRON. — Des indications de la cure marine ou de la cure thermale chez les enfants dystrophiques. (*Clin.*, 15 mai 1908.)

SPENCER. — The care and treatment of the scalp, hair and face. (*Amer. J. of Derm.*, May 1908.)

SUTTON.— The absorption of ointments. (*Brit. med. Journ.*,May, 23, 1908.)

TRIBOULET. — De l'emploi raisonné des solutions métalliques colloïdales. (*Bul. méd. Québec*, 1908, p. 307.)

ZABLUDOWSKI. — Massage im Dienste der Kosmetik. (*Arch. f. Derm. Syph.*, LXXVII, B., 2 H., nov. 1905.)

Dermatologie. — Médicaments nouveaux.

GOLNIER. — Savon à l'ensulfine et son emploi en thérapeutique cutanée. (*Mediz. Blatter*, n° 27, 7 juill. 1906.)

JACQUET et DEBAS. — Sur les dangers et la composition du topique dit « Prodermos ». (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 9, déc. 1906.)

V. KLINGMULLER. — Ueber das Tumenolammonium und seine Verwendung in der Dermatotherapie. (*Med. Klin.*, n° 36, 1905.)

J. KRAUS. — Ueber Tumenolammonium in der Dermatotherapie. (*D‥ Centr.*, Dez. 1906.)

LÉMONON. — Le salit ou salicylate de bornéol contre le zona. (*Journ. Méd. de Paris*, n° 13, 28 mars 1908.)

LENGEFELD.— Ueber Dermasanpräparate bei der Behandlung von Ha‥ krankheiten. (*Derm. Centralbl.*, n° 4, Jan. 1906.)

LINKE. — Le dymal ; ses usages. (*Journ. de Méd. de Paris*, n° 13, 2‥ mars 1908.)

H. MAYER. — Das Andolin, ein Cocainfreies Lokal-Anästheticum, und s‥ ne Verwendung in derDermatologie und Urologie. (*Mon. f. pr. D.*, B. 45, n° 12, 15 Dez. 1907.)

TH. MAYER. — Ueber das Sajodin. (*Derm. Zeitschr.*, B. XIII, H. 3, März 1906.)

MIBELLI. — Bereitung von Bädern, Waschungen und Umsehlägen mit der Emulsion von Oleum cadinum und Anthrasol. (Monats. f. pr. D., 41, 1; in *Deut. Med. Zeit.*, n° 17, 28 Febr. 1907.)

NEU. — Die Behandlung von Hautkrankheiten mit Alsolcrème. (*P‥ méd. chir. Presse*, n° 38, 22 sept. 1907.)

PERNET AND LEMARE BUNCH. — The opsonic treatment of certain diseases of the skin. (*Brit. Journ. of Derm.*, n° 11, nov. 1906.)

RICHTER. — Das Europhen. (*Derm. Centr.*, n° 2, nov. 1907.)

N. SENN. — Endermic use of iodin combined with cataphoresis. (*Am‥ J. of Derm.*, v. IX, n° 7, Aug. 1905. p. 272.)

STRASSMANN. — Santyl bei Prostatacystitis. (*Derm. Centr.*, n° 6, Mar‥ 1907.)

A. STRAUSS. — Ueber intramuskuläre Injektionen mit einer Suspension aus Vasenol-Hydrargyrum salicylicum unter Zusatz von Novocain. (*Mon‥ f. pr. D.*, B. 44, n° 2, 15 janv. 1907.)

TALIANI. -- La novocaina in dermatologia. (*Giorn. ital. d. mal. ven.*, fasc. V, 1907.)

THIMM. — Ueber Vasenolpräparate. (*Derm. Centr.*, n° 2, nov. 1907.)

THIMM. — Oleum cinereum vasenoli. (*Derm. Zeitsch.*, B. XII, H. 1, Jan. 1905.)

TOFF (E.). — Einige Bemerkungen über das farblose Teepräparat « Anthrasol ». (*Monatsh. f. prakt. Derm.*, B. 40, n° 12, 15 Juni 1905.)

W. WILLIAMS U. BUSHNELL. — Ueber Opsonine und die Opsoninbehandlung gewisser Hautkrankheiten. (*Mon. f. pr. D.*, B. 46, n° 3, 4 u. 5, 1er u. 15 Febr., 1er März 1908.)

TRAVAUX ORIGINAUX

A PROPOS DE LA MICROBIOLOGIE DE LA SYPHILIS

Par le D[r] J. MÉNEAU,
Médecin consultant à La Bourboule.

INTRODUCTION.

La découverte de Schaudinn-Hoffmann a une telle importance au point de vue de la pathogénie de la syphilis que l'on peut considérer comme d'intérêt purement historique tout ce qui l'a précédée sur cette question. Il m'a paru néanmoins intéressant de parcourir rapidement les travaux des anciens auteurs, en insistant sur ceux qui sont plus près de nous.

Cet article sera divisé en deux parties.

Dans la première,nous étudierons les travaux antérieurs à la découverte de Schaudinn (23 avril 1905).

La deuxième sera consacrée à l'étude de ceux publiés depuis cette époque jusqu'à ce jour sur le cytorrhycte de Siegel et le spirochœte pallida de Schaudinn-Hoffmann, celui-ci n'étant peut-être qu'une *modification* de celui-là.

1re PARTIE

Travaux antérieurs à la découverte de Schaudinn-Hoffmann.

L'intensité de l'épidémie syphilitique qui frappa l'Europe au XVe siècle, fit dès le début une profonde impression. Sa nouveauté ses ravages, suscitèrent de nombreux travaux. Les origines de cette maladie,nouvelle pour les observateurs, furent attribuées à deux causes principales qui divisèrent les auteurs en non-contagionnistes et contagionnistes.

Pour les uns, les rapports sexuels parurent, dès l'apparition de la maladie, le plus puissant moyen de propagation,tandis que les autres l'attribuaient soit à une disposition épidémique, à des qualités occultes de l'air déterminant un état de putridité du sang, essence de la maladie,ou à des influences sidérales. Benedictus (1495), Grünpeck (1496), croyaient à l'influence maligne des astres, la syphilis étant due à la conjonction néfaste de planètes.

Cependant le chroniqueur Muratto (1495) disait déjà : Par là se faisaient reconnaître au mieux les hommes de mœurs pures et les impudiques.

Dès 1496, Ulsenius signalait l'origine vénérienne du mal français.

En 1497, Gilinus affirmait sa contagiosité, tandis que Leonicenus l'attribuait à des conditions atmosphériques (chaleur, humidité, intempéries, inondations). Cette opinion fut partagée par Montesaurus (1497).

Torella (1497) croyait vaguement à l'influence des conjonctions astrales.

Schelling (1500) faisait intervenir une infection par l'air ou l'haleine ; Almenar (1502), une influence sidérale, à laquelle Ulrich de Hutten (1519), Fracastor (1530), Nicolas Massa (1532), ne croyaient plus que vaguement. Vettori (1536) pensait que le mal naissait parfois spontanément. Cette assertion se retrouve au XVIIe siècle dans les écrits de Musitano (1635-1714).

Fallope (1564) croit à la contagion.

Cette idée paraît du reste s'être imposée dès le début à la plupart des auteurs. On tendait déjà à attribuer la syphilis à un virus vivant, *contagium animatum*, sans pouvoir le préciser davantage, et si l'on trouve des auteurs, comme Steber, Wendelin, Hock, Laurent Phrisius, Maynard, Pierre Pintor, Paracelse, Pierre Marthyr, Jean de Salicet indiquant comme apparition des dates concordant avec des révolutions astrales, ou comme Beroald, à une maladie pestilentielle ou enfin, comme Scanarolo, Schmaüs, à une influence atmosphérique (intempéries, inondations), c'est qu'on n'osait affirmer son opinion contagionniste dans les cas où elle paraissait impossible et où l'on n'eût pu l'admettre sans porter atteinte à la considération due à certains personnages. C'est alors qu'Almenar faisait dans ces cas « pieusement » intervenir une influence astrale.

Benedictus, Grünpeck, Massa, Seitz, avaient bien laissé entrevoir l'idée de la contagion ; mais cette contagion n'était pas toujours immédiate. Elle pouvait se faire par l'intermédiaire de linges ou d'instruments souillés au contact des syphilitiques. Certains la faisaient dériver d'une affection ancienne (Fioravanti, Cisalpin) d'une humeur corrompue, d'une semence altérée dans les voies génitales de la femme. Pour Paracelse, la contagion, l[...]

transmission héréditaire, s'expliquaient par un miasme vénérien qui serait le principe même de la maladie. Mais la théorie contagionniste n'a réellement fait son apparition qu'avec Oviedo, médecin de Ferdinand et Isabelle, Roderci Diaz, également médecin à Barcelone (1515-1525), qui comme Montanus, de Vérone, Viois et Fallope, attribuèrent à la syphilis une origine exotique.

Fernel (1556) l'attribuait à un virus comparable à celui des animaux venimeux, de la rage, mais il affirma comme un fait constant l'apparition de la première manifestation locale au point même où a pénétré le virus qui agit alors sur l'économie à la manière d'un venin.

A la fin du XVI[e] siècle, tous les auteurs, même les contagionnistes, ne voient dans la syphilis qu'un effet de la putridité du sang. Kircherius, David Abercromby (1664), admettent un contage animé comme cause de la syphilis. Boerhaave (1728), Van Swieten (1725), partagent cet avis. Pour eux, l'infection se fait par le tissu adipeux ; tandis que pour Bourru (1770), ellese fait par le tissu nerveux, et pour Astruc (1750), par le sang. Mais ils empruntaient cette origine parasitaire aux seules vues de l'imagination.

En 1723, Deidier (de Montpellier) parle de nombreux animalcules sur la nature desquels il ne se prononce pas. Pour Hunter (1786), la syphilis est propre à l'homme ; aucun animal ne peut en être infecté. Carmichaël (1814) croit à un virus.

Swediaur (1817) croit que la contagion se fait de la façon suivante : le virus syphilitique appliqué à un corps sain se multiplie par une espèce de fermentation et d'assimilation ; après avoir ainsi causé des ulcères aux parties génitales ou à la surface du corps, il est absorbé en partie par les vaisseaux lymphatiques et porté dans les glandes lymphatiques les plus voisines.

Cullerier croyait à l'existence d'animalcules particuliers dans les ulcères syphilitiques. Donné (1837) décrit sur les muqueuses des organes génitaux et dans leurs lésions un parasite, signalé par Muller, le *vibrio lineola seu virgula*, mais sans le considérer comme syphilitique. Il l'appelle *trichonoma vaginal*. Ce parasite formé de spirilles serait, pour Donné, la véritable cause de la syphilis.

Ce spirille, qu'il trouva aussi bien dans les ulcérations du gland et de la vulve que dans les ulcères de jambe à caractère putride

(pourriture d'hôpital), semble se rapprocher du spirochœte refringens (voir *infra*).

Pour Auzias-Turenne (1844), la syphilis, ayant les allures d'une maladie infectieuse, doit entrer dans le cadre général ; c'est donc un non-sens de croire, comme le voulait Hunter, que les animaux y soient réfractaires. En 1854, il croyait avoir inoculé la syphilis aux animaux et réussi, par des inoculations successives, à immuniser contre la syphilis ses animaux inoculés. La syphilisation devait préserver de la syphilis, comme la vaccination de la variole. Mais il n'inoculait que des chancres simples que Bassereau (1852) venait de différencier de l'accident primitif de la syphilis. Ces recherches furent continuées par Viennois (1864), Legros (1867), sans donner de résultats au point de vue spécial qui nous occupe.

En 1869, Hallier décrivit dans le sang des syphilitiques un grand nombre de micrococci qui pénétraient les globules rouges, s'y développaient et formaient des vacuoles . Il dénomma ce micro-organisme, le *corniothecium syphiliticum.*

En 1870, Klotsch rencontra des spores dans le sang des syphilitiques.

Messenger Bradley rendit compte, en 1871, à la *British medical Association* de deux inoculations positives, l'une au cobaye, l'autre à un jeune chat, tous ses autres essais étant restés négatifs.

La même année, Lostorfer, examinant du sang de syphilitiques, conservé dans une chambre humide, découvrit, le 3e ou 4e jour, de petits corpuscules brillants, réfringents, mobiles, qui, le jour suivant, se creusaient de vacuoles et bourgeonnaient. Il leur donna le nom de : « corpuscules de la syphilis », et les crut aptes à servir au diagnostic. Personne ne les a retrouvés depuis.

Pour Wedl (1872), les corpuscules de Lostorfer sont de pures granulations protoplasmiques ou graisseuses. Biesiadecki (1872), les regarde comme des granules de paraglobuline ; Vajda, comme des débris de substance albuminoïde, des produits de destruction des globules blancs sans relation avec les parasites végétaux. Stricker a trouvé des corpuscules semblables dans le sang de malades graves et même de gens sains.

Köbner et Kohn (1875) déclarèrent qu'il était impossible de reconnaître la syphilis par l'examen microscopique du sang.

En 1876, Wernich admettait un virus syphilitico-lépreux.

En 1878, Klebs trouve dans le liquide du chancre des granula-

tions à mouvements rapides et de courts bâtonnets dont les mouvements sont suspendus par l'action du chloroforme et reprennent à l'air pur. Il voit se développer dans des cultures de ce liquide sur gélatine des bâtonnets serrés et des éléments particuliers, ayant la forme de grandes-masses spirales formées par des agglomérations de petits bâtonnets, qu'il appelle *hélico-monades*.

Klebs fait des inoculations positives à la guenon (éruptions papuleuses de la face, adénites inguinales et axillaires, hyperostoses de la face), et en inoculant une culture des bâtonnets qu'il a décrits, il provoque chez le singe des ulcérations buccales circonscrites comparables aux plaques muqueuses.

La même année, Cutter signale la présence d'un mycélium dans les chancres indurés des bactéries et des mycéliums en filaments dans le sang.

Bermann (1880) décrit dans le chancre induré des cocci dans les lymphatiques, et des bactéries dans les artères.

Les micrococci envelopperaient les valvules lymphatiques ; ces modifications ne se rencontreraient qu'à une certaine distance de la sclérose initiale. L'infection prend naissance par quelques germes ou microcoques retenus dans une lésion de la peau ; absorbés par les lymphatiques, ils prendraient un grand accroissement, se multiplieraient, s'étendraient dans leur intérieur et finiraient par obstruer la circulation. Le résultat de ce travail amènerait une infiltration du tissu ambiant, cause de l'induration de petites particules, qui pénètrent dans la circulation et sont portées dans différentes parties du corps où elles se déposent dans les points les plus favorables à leur développement. Il expliquerait ainsi les métastases dans les différents organes et les altérations de la peau qui se produiraient par une extravasation de sang dans les capillaires de la peau par arrêt de la circulation. Le virus se trouve sur le chancre et sur les éruptions qui le suivent. Le sang est virulent, même avant l'apparition du chancre.

Aufrecht (1881) scarifie des papules syphilitiques, examine la sérosité après étalement sur lame et coloration par la solution aqueuse de fuchsine à 0,05 p. 100 et trouve des cocci volumineux souvent accouplés (diplocoques).

Horteloup (1881) a décrit un virus transparent, incolore, tout à fait comparable à du vaccin, sans caractère particulier qui le fasse reconnaître au microscope.

Birsch-Hirschfeld (1882) rencontrent les cocci décrits par Aufrecht.

Obraszow constate dans les ganglions lymphatiques satellites des chancres indurés, la présence de colonies de microcoques.

Martineau-Hamonic (1882) ont trouvé de nombreuses bactéries dans un milieu de culture préparé suivant la méthode de Pasteur et dans lequel a séjourné pendant 24 heures, un chancre induré infecté. Ils inoculèrent ce liquide de culture dans le tissu sous-cellulaire de la région pénienne d'une jeune porc; le lendemain, le sang de l'animal renfermait les mêmes bactéries; un mois plus tard, survint sur l'abdomen une éruption rappelant les syphilides papulo-squameuses. Dans une 2e expérience, ils inoculèrent à un porc de 4 semaines, dans la région pénienne, la sérosité d'un chancre induré; quatre jours après, on trouva des bactéries dans le sang; quatorze jours après l'inoculation survinrent des manifestation cutanées rappelant les syphilides papuleuses. Les bactéries du sang de ce jeune porc, cultivées et inoculées à un jeune chevreau, ne donnèrent pas de résultats. En novembre 1882, ils obtinrent une inoculation positive, au singe. Leistikow (1882) n'eut que des résultats négatifs, tandis que Morisson (1893) trouvait des bactéries dans le liquide du chancre syphilitique et des papules secondaires.

Barduzzi (1884) décrit différents cocci dans les lésions syphilitiques.

Marcus et de Tornéry (1884) retrouvent les bâtonnets décrits par Birsch-Hirschfeld, par Martineau, les cultivent, mais les considèrent, en fin de compte, comme constitués par des amas de cocci d'origine banale sans rapports avec la syphilis.

Schütz (1884) observe dans la sérosité des chancres des bacilles semblables au bacille de Koch, mais plus difficiles à colorer.

Lustgarten (1884) observa dans des gommes et des scléroses syphilitiques de grandes cellules pâles lymphoïdes, un peu gonflées, dans lesquelles se trouvaient des bacilles entrelacés, isolés ou groupés, ressemblant au bacille de Koch, très difficiles à colorer. Ces bacilles présentent à leur intérieur quelques points ovoïdes qui prennent mal les colorants et qui seraient des spores. Ils ne se colorent pas par la méthode d'Ehrlich. Lustgarten trouva ce bacille 16 fois dans le chancre induré, jamais dans le chancre mou. Les cultures et inoculations restèrent négatives. Ce bacille

se colorait, comme celui de la tuberculose, par le Ziehl; c'était un acido-résistant. On vit plus tard qu'il n'avait rien de spécifique. Berdal et Bataille (1891) le retrouvèrent dans le smegma préputial. Disse-Tabuchi (1885) trouvent également des bacilles.

Babes (1885) trouve les bacilles décrits par Lustgarten et les regarde comme très probablement caractéristiques de la syphilis. Par contre, Alvarez-Tavel (1885) n'ont pu le découvrir ni dans les coupes ni dans les sécrétions syphilitiques. Ce fut pourtant ce bacille qui suscita le premier l'intérêt général. Matterstock (1885), Markuse et quelques autres ont soutenu sa spécificité. Doutrelepont-Schütz (1885 à 1887) le démontrèrent dans différentes efflorescences syphilitiques. Klemperer (1885) remarque qu'il n'a jamais pu trouver dans les tissus syphilitiques le bacille de Lustgarten ; mais confirmant les recherches d'Alvarez et Tavel, il déclare avoir très souvent trouvé dans les sécrétions les bacilles du smegma. Zeissl n'a pu démontrer que deux fois, dans les cas de syphilis nouvellement examinés au point de vue histologique, les bacilles de Lustgarten.

En résumé, dès le début, sa présence était niée dans les tissus, et on tendait à y voir le bacille du smegma, sans lui reconnaître aucun rôle dans l'étiologie de la syphilis.

Marcus (1885) a cherché dans sa thèse à prouver que la syphilis est une maladie microbienne, causée par un coccus de 0,5 à 1 μ., facile à colorer par le violet de gentiane. On le trouve sur la peau, dans les sécrétions, mais surtout dans les accidents primaires, souvent par groupes de 6-7 accolés les uns aux autres en formant de petits chapelets. Dans les néoformations, ils siègent surtout à la périphérie du tissu de granulation, dans le tissu inter-cellulaire et souvent les cultures faites avec les cocci provenant surtout des sécrétions montrent bien les bacilles dans les premiers tubes, mais la 4e génération devient stérile, Le sang des syphilitiques ne contient ni bacilles ni cocci anatomiquement constatables ; toutefois, des ensemencements faits avec le sang de malades en pleine roséole, donnent les cocci déjà décrits. Le syphilococcus se colore très facilement par des solutions alcalines de fuchsine, mieux encore par le violet de gentiane. Il résiste aux alcalis, mais sa coloration ne résiste pas à l'alcool trop acide. Des inoculations faites avec des cultures pures de ces cocci ne donnent aucun résultat sur les animaux.

Ferrari (1885) a trouvé dans le sang des syphilitiques des bactéries dont les cultures sur gélatine rappellent, sauf l'odeur, le bacterium termo ; dans le sperme, il a vu souvent 1 à 2 bactéries attachées à la tête ou à la queue des spermatozoïdes. Dans le placenta, il décrit de véritables foyers de bactéries disposées en diplccoques dans les cellules lymphatiques. Le sperme syphilitique contient le streptococcus syphiliticus et c'est par le passage de la circulation fœtale à la circulation maternelle placentaire des leucocytes microbophores que s'explique la contagion *in utero*, du fœtus à la mère.

En 1886, Bierstock s'élève contre la spécifité du bacille de Lustgarten.

Kassowitz et Hochsinger (1886) trouvent des micro-organismes dans les principaux organes à l'autopsie de 5 enfants hérédo-syphilitiques ; mais suivant Kolisko et Chotzen, il ne s'agit que de streptocoques vulgaires, non pathogènes de la syphilis.

Andronico (1886) a trouvé dans un condylome plat de nombreuses bactéries rectilignes ou légèrement recourbées de 0,28 à 0,54 μ. de long. Il en a fait des cultures sur glycérine, des injections au lapin et a obtenu des lésions offrant les caractères objectifs d'un chancre infectant.

Dans une 2e expérience, le liquide d'une syphilide bulleuse développée sur les membres d'un enfant atteint de syphilis congénitale contenait de très nombreux organismes analogues aux précédents. De nouvelles recherches permirent de trouver les mêmes bactéries dans d'autres bulles. Des injections faites avec ce liquide à la lèvre d'une chatte auraient reproduit une lésion présentant les caractères du chancre syphilitique et, à sa suite, des papules, des excoriations rappelant les accidents secondaires. L'insuffisance de détails sur les caractères extérieurs des organismes et des réactions histochimiques qui permettent de les reconnaître, les résultats peu précis des inoculations, le manque d'inoculations en série, empêchent d'ajouter foi à ces recherches trop peu concluantes.

Eve et Lingard (1888) sont d'avis que le micro-organisme doit pénétrer dans le corps par l'inoculation primitive et être porté à travers le système lymphatique dans le sang. Dès 1884. Eve avait montré des bacilles dans les accidents primitifs, les ganglions lymphatiques indurés et la sécrétion des ulcères, 12 chancres, 3 gan-

glions, 2 gommes, 1 syphilide papuleuse, 1 condylome, ont donné des résultats positifs.

Eve et Lingard ont cultivé un bacille morphologiquement identique du sang des syphilitiques, en 2 cas, et de tissus syphilitiques dans 3. Ils trouvèrent des bacilles très nombreux disséminés dans les fentes du tissu conjonctif du chorion, autour et audedans, de petits agrégats de cellules rondes qui, par endroits envahissaient les capillaires. Beaucoup étaient colorés inégalement, d'autres l'étaient uniformément.Sur cultures provenant de malades ayant subi un traitement hydrargyrique, ils trouvèrent un micro-organisme polymorphe consistant en corps en bâtonnets plus ou moins courts,avec bouts arrondis, parfois élargis ou en forme de bâtons bien nets, d'ordinaire droits, mais parfois recourbés. Les plus longs étaient en général, colorés inégalement et montraient de 3 à 5 et même 8 segments fortement colorés, unis par du protoplasme non coloré, renfermé dans une gaine hyaline. On voit des organismes dans lesquels la partie non colorée a été attirée au-dehors en filaments filiformes, unissant l'extrémité élargie au reste du bacille. Les organismes plus courts étaient composés de deux masses, allongées ou ovales, de protoplasma coloré, séparées par un intervalle clair qui augmentait relativement, à mesure que le bacille s'allongeait ; on voyait nettement les formes de passage de celles-ci avec les bacilles en longs chapelets.Si on ne lavait pas bien après coloration,les organismes étaient colorés uniformément ou le chapelet était indistinct, les bacilles colorés uniformément ou avec espace clair médian. Les variations de forme pouvaient s'expliquer par les variations de conditions dans lesquelles poussent les organismes dans les milieux de cultures et dans les divers tissus du corps. Bacilles très nombreux seuls ou groupés dans les espaces de tissu conjonctif autour et à la base du chancre, moins nombreux dans le tissu de granulation, par suite de la résistance des leucocytes au développement des microorganismes. Ils abondaient surtout dans les ganglions et les tissus avoisinant les canaux lymphatiques périphériques et dans les cellules lymphatiques très nombreuses dans les condylomes et les gommes ; cultures en couche mince, jaune pâle ou brunâtre, uniforme ou légèrement bosselée au centre. Le microorganisme pousse bien sur le sérum sanguin, mais ne le liquéfie pas. Il pousse moins vite sur le liquide de l'hydrocèle solidifiée et sur l'agar-

agar. Il se décolore après coloration par la fuchsine, par l'acide azotique dilué et par l'acide oxalique, ce qui le différencie du bacille du smegma d'Alvarez-Tavel. Technique : colorer au rouge de Humboldt dans l'huile d'aniline ou l'alcool, décolorer à l'alcool. Le Gram vaut moins et la solution de Weigert au violet de gentiane encore moins. Les inoculations sont restées négatives.

Bitter (1886) identifie complètement tous les bacilles prétendus syphilitiques par Lustgarten, Doutrelepont, au bacille du smegma.

Doutrelepont (1887) décrit de nombreux bacilles isolés, disséminés, ou groupés dans des fragments de gommes de la dure-mère et dans 3 scléroses du prépuce et dans un condylome plat de la grande lèvre durcis à l'alcool. Furth et Mannaberg ont trouvé dans dix cas de syphilis, le bacille décrit par Doutrelepont. Mais ce bacille ressemble au bacille du smegma décrit par Alvarez-Tavel, et Doutrelepont ne le regarde pas comme spécifique, car on le rencontre dans les sécrétions des muqueuses des organes génitaux d'individus non atteints de syphilis.

La coloration se fait en 24 heures dans la solution aqueuse de violet de gentiane et de violet de méthyle. On décolore par l'alcool seul ou en y joignant l'immersion des coupes pendant trois secondes dans l'acide azotique à 5 %. Dans un second procédé on colore à la solution aqueuse d'acétate de méthyle ou avec le violet de thymol méthylique pendant 48 heures, on décolore par la liqueur de sesquichlorure de fer et l'alcool. Outre les bacilles, Doutrelepont a trouvé souvent des amas de granulations ressemblant à des microcoques, disposés par rangées dans les cellules, ayant la forme et la dimension des bacilles. Ces amas seraient des débris de bacilles. La présence de ces bacilles à toutes les périodes de la syphilis, dans les produits syphilitiques de toutes les régions du corps, même dans le sang, n'est en rien infirmée par la découverte du bacille du smegma. Leur présence dans la syphilis, leur absence dans les tissus non syphilitiques, leur groupement souvent caractéristique, indiquent un rapport quelconque avec la syphilis. Leur petit nombre, l'insuccès constaté par certains observateurs dans leur recherche, ne tiendraient qu'à des fautes de technique. Cependant Doutrelepont n'a pu obtenir de cultures pures en séries.

En 1888, Fordyce, Smirnow, s'élèvent contre la spécificité du bacille de Lustgarten, que défend Markuse.

En 1889, Meurer, reprenant l'histoire des tentatives faites depuis Donné (1837), concluait en disant qu'il existe un microbe ; nous ne savons quel il est ; la question du microbe de la syphilis ne fera pas un pas en avant, tant que l'animal réactif n'aura pas été trouvé.

En 1891, Marschalko décrit un nouveau bacille, Après durcissement à l'alcool, coloration à la solution alcoolique de bleu de méthylène pendant 36 heures à la température de la chambre ou pendant 3 à 4 heures, à 38°, lavage à l'eau, coloration à la solution aqueuse concentrée de vésuvine ; il a vu des bacilles fortement colorés en bleu, les tissus environnants en brun. Il les a surtout rencontrés dans les papules cutanées, les scléroses, les condylomes, la sécrétion d'ulcères syphilitiques, mais jamais dans les sécrétions d'ulcères non syphilitiques.

Cette même année, Berdal et Bataille retrouvaient le bacille de Lustgarten dans les sécrétions et produits de la balano-posthite érosive.

En 1892, Sabouraud a examiné sans succès 51 pièces d'affections cutanées syphilitiques. Il conclut au rejet des opinions émises par Lustgarten sur la spécifité de son bacille.

En 1894, Golasz présente à l'académie des sciences un mémoire intitulé : « De la présence d'un microbe polymorphe dans la syphilis. ».

Ses recherches remontent à 1888 ; à cette époque, il avait trouvé dans des végétations syphilitiques non ulcérées un bâtonnet rappelant par sa morphologie le bacille tuberculeux de Koch, mais ne se colorant pas par les mêmes moyens. En 1890, dans un cas de syphilis aiguë suivi de mort, il trouva le sang et les pustules envahies par une quantité considérable de bâtonnets identiques à ceux de 1888, puis des cellules ovoïdes (spores) et de nombreux filaments articulés d'une longueur moyenne de 60 μ. Golasz conclut à un microbe polymorphe, voisin du cladothrix. Culture positive sur nucléine provenant de rates de sujets non syphilitiques. Le sang des syphilitiques ensemencé dans ce liquide donne la culture pure d'un microbe polymorphe évoluant sous forme de filaments, de bâtonnets homogènes, de bâtonnets granulés, de cocci et des grandes cellules ovoïdes. Sur cultures fraîches, riches en nucléine, les filaments et les bâtonnets pullulent. Quand la culture est épuisée, ils disparaissent et sont remplacés par les



formes ovoïdes et les zooglées; si l'on ajoute alors une nouvelle quantité du milieu de culture, les formes végétatives reparaissent. On observe des phénomènes analogues dans le sang, quand la syphilis est en pleine résolution ; on trouve surtout les filaments et les bâtonnets. Quand le traitement modifie le milieu, filaments et bâtonnets (formes végétatives) disparaissent pour faire place aux cellules ovoïdes et aux zooglées qui représentent l'état latent des micro-organismes.

En 1896, v. Niessen découvrit un bacille ne se colorant pas par le Ziehl, prenant le Gram, cultivable, inoculable. L'inoculation des cultures provoquait chez le lapin des ulcérations, des adénopathies, des lésions des centres nerveux, lésions dont le substratum histologique serait représenté par une péri-artérite analogue à celle des lésions syphilitiques de l'homme. Il appela ce bacille pléomorphe *bacillus veneris*. L'individu, isolé, correspond plutôt à un coccus allongé très étroit; on trouve en général une forme grêle de bâtonnet, en couples avec sillon transversal clair, ressemblant quant à la forme et à la longueur, au bacille de la tuberculose, mais un peu plus court. L'inoculation fut positive au porc et à certaines espèces de singes. On peut rencontrer le contage spécifique dans le sang à toutes les périodes ; il peut même être extrait de ce sang par culture. Il est toujours le même, ne connaît pas de distinction de race, sang ou nationalité.

En 1897, Niessen prend du sang sur une peau préalablement désinfectée. Il obtient des gazonnets, des bâtonnets très fins, compacts, feutrés à la périphérie des colonies. Bacilles en V, *bacillus veneris*, représentant une période de segmentation. Pléomorphisme très marqué. L'individu isolé correspond à un coccus allongé très étroit. On trouve en général plutôt une forme grêle de bâtonnets en couples avec sillon clair transversal plus court, moins gros que le bacille tuberculeux ; sur gélatine, il produit de petits points clairs comme de l'eau, tout petits. La surface paraît comme saupoudrée de très fines gouttelettes qui se troublent, deviennent blanc jaunâtres, forment ensuite une saillie arrondie, faite d'une masse jaune trouble, visqueuse, filante. Sur les bords, la gélatine se liquéfie en anneau, se déprime en demi-sphère, puis se liquéfie complètement ; les bactéries se déposent au fond du tube en une masse jaunâtre rappelant les coagulums du pus, puis il se forme une pellicule qui détermine du haut en

bas un trouble du liquide (développement des spores). Le bacille est aérobie (30° C), on le cultive sur sérum de sang humain durci, de sang de mouton, sur pomme de terre. On le colore au Zielh-Niessen et au Gram. V. Niessen a obtenu une sclérose sur l'oreille du lapin par injection de culture sur gélatine.

Doëhle a remarqué (octobre 1897) de petits bacilles dans la sécrétion des tissus syphilitiques, mais pas dans les tissus eux-mêmes. Il les a colorés par un mélange d'hématoxyline et de fuchsine avec différenciation consécutive par l'iode ou le chrome. S'il s'agit d'inflammations syphilitiques, les noyaux sont limités par l'hématoxyline. Cette coloration ne dure pas. On voit aussi des corps teintés en rouge, ronds ou anguleux, suivant leur volume, les plus petits étant ronds, qui seraient identiques aux organismes vivants vus par l'auteur. L'inoculation au cobaye du vaccin d'un hérédo-syphilitique a démontré dans le sang de l'animal, l'existence de corps mobiles avec un bacille correspondant absolument aux corps mobiles de la sécrétion des produits syphilitiques et concordant avec les examens du sang des malades atteints de roséole syphilitique. L'auteur croit avoir provoqué une infection syphilitique chez ces animaux.

En 1897, Winkler découvrit quelques gros corps nucléés dans les chancres, condylomes et ganglions syphilitiques, au moyen d'une coloration spéciale. Ces productions avaient 1 /3 de la grosseur d'un globule blanc, la forme sphérique, pas de granulations les différenciant des cellules de tissus ; mais il ne leur attribua aucune importance spécifique.

Pour Niessen (1898), la variété d'aspect des manifestations de la syphilis implique la multiplicité des agents pathogènes de cette maladie. La diversité des manifestations (papuleuse, tubéreuse, putuleuse, condylomateuse...) de la lésion primitive ne peut s'expliquer que par des différences individuelles de la modalité de la réaction à l'égard de l'infection. Les inoculations aux animaux indiquent aussi une collaboration des agents infectieux dans la détermination des manifestations syphilitiques. La moelle osseuse, le cartilage épiphysaire des hérédo-syphilitiques, ont montré des strepto-bactéries identiques à celles du sang des paralytiques généraux et des tabétiques syphilitiques. Chez le porc et le lapin, les cultures de sang syphilitique injectées produisent des macules rougeâtres.

Ce bacille serait analogue à celui de Lustgarten. Il se cultive sur les milieux usuels. Chez le porc, il détermine un exanthème papuleux, polymorphe, généralisé. Chez le singe, il produit de plus des indurations et des adénopathies. La réalité de son action pathogénique est contestée par Blaschko, Lassar, Meissner.

En 1899, Kuznitzky démontre, outre les corpuscules sphériques de Winkler dans les leucocytes ou libres dans le sérum suintant du chancre, de nombreux kommas, variant de forme de la virgule jusqu'au demi-cercle, paraissant être des spirilles et rappelant les plasmodies de la malaria. Il ne trouve ni cocci, ni bactéries, dans aucune préparation.

Loëb (1899) considère les corpuscules de Winkler-Kuznitzky comme des produits artificiels, parce qu'il en a observé de semblables dans les globules blancs et rouges et le sérum, non seulement des syphilitiques, mais dans le chancre mou, la blennorrhagie et les bubons.

Niessen regarde tous les microbes qu'il a découverts jusqu'ici (1896 à 1899) dans les manifestations syphilitiques, comme spécifiques.

Kremer (1900) examine en même temps que les syphilis, les cancers, les sarcomes et y trouve des champignons, des moisissures, spéciaux, mais différents entre eux.

Schüller (1900) décrit dans les os et les articulations chez les syphilitiques héréditaires des parasites ressemblant aux protozoaires par leurs stades de développement et surtout parce que ces productions se développent, comme les sporozoaires, entre les épithéliums et les repoussent des deux côtés. Il est douteux que ces cellules aient une relation quelconque avec la syphilis ; on ne peut encore leur donner de signification assurée.

En 1900, Neudörfer reprend les recherches de Lostorfer. Des bacilles ont été décelés dans 125 cas, dans le sang de syphilitiques, quelques semaines après l'infection. Le traitement mercuriel les faisant diminuer, il ne les regarde pas comme de simples produits artificiels et leur attribue une certaine importance pathogénique. Mais il a été reconnu, d'autre part, que ces corps ne se rencontraient que chez les syphilitiques anémiés et qu'on les rencontrait également chez des anémiques non syphilitiques. Ils n'ont donc aucune importance, au point de vue de l'étiologie de la syphilis.

Justin de Lisle et Louis Jullien (1901) examinant le sang de la veine d'un syphilitique, y ont trouvé un bacille assez constant, polymorphe, tantôt court, tantôt filiforme, à bouts arrondis, non épaissi en massue, animé de mouvements, prenant tous les colorants sauf le Gram, mais pas au-dessus de 60° C. Il existe chez tous les syphilitiques en phase floride et exclusivement chez eux. Il coagule le sérum des syphilitiques et pas celui des autres malades. Inoculé aux animaux, il produit des phénomènes spéciaux, qu'on peut comparer à ceux de l'homme, fixe l'alexine spéciale des animaux inoculés avec des produits syphilitiques. Ces cultures restent sans effets sur les animaux syphilisés. Comme chez l'homme, les microbes meurent avec l'animal infecté. Tiré du plasma isolé de son sérum du sang de syphilitiques et du sérum contenu dans les bulles artificiellement provoquées, il est long de 5 à 8 μ sur 0,15 à 0,3 μ de large. Le meilleur fixateur est l'acide osmique ou la solution concentrée de sublimé additionnée d'acide acétique. Il liquéfie lentement la gélatine, pousse surtout bien sur liquide amniotique, pendant la réaction d'agglutination chez les syphilitiques et ne le produit pas chez ceux qui le sont pas. L'inoculation aux syphilitiques reste négative.

Le liquide du vésicatoire produit chez les animaux de laboratoires des accidents comparables à ceux de l'homme ; il fixe l'alexine spéciale des animaux inoculés avec les produits syphilitiques. Ses cultures restent sans effets sur les malades syphilitiques.

Paulsen (1901) a examiné du sang de syphilitiques. 1er *cas.* Dans le sang pris sur le bord induré du chancre, il n'a pas trouvé de micro-organismes dans les préparations de sang frais ; sur pommes de terre, il a obtenu des colonies blanches à surface en massepain. Les premières colonies donnaient du staphylocoque pyogène doré ; les blanches montrèrent un diplocoque. Les cocci isolés sont en grain de café à face concave, accolés par deux et généralement entourés d'une membrane commune. Parfois une seule membrane en renferme 4. La colonie jaune clair consiste en diplocoques, ne différant pas des blancs. Aucun ne liquéfie la gélatine. Sur culture de bouillon, tous les deux font d'abord une pellicule de moisissure qui s'enfonce en profondeur. Les bords du verre à réactif se couvrent, au bout de 3 semaines environ, d'une culture compacte, peu de diplocoques dans le liquide. Sur gélatine, colonies jaunes, liquéfaction, staphylocoques et diplo-



coques isolés. Sur agar, nombreuses colonies jaunes, couvrant toute la surface. Staphylocoque pyogène doré avec quelques diplocoques sur bouillon, diplocoques dans la pellicule, staphylocoques dans le liquide.

2° Examen du sang du bord induré du chancre, petites colonies blanches de diplocoque blanc.

Dans un 2e *cas*, chancre syphilitique, diplocoques dans le sang frais. Sur pommes de terre, diplocoques à surface concave, accouplés par deux et réunis par une membrane commune, ne liquéfiant pas la gélatine. Diplocoques blancs et rouges

Dans un 3e *cas*, syphilis ayant subi 2 cures de frictions : dans le sang cultivé du médius, diplocoques blanc et jaune. Rien dans le sang frais.

Dans un 4e *cas* (condylome plat chez une femme), le sang de l'arc costal inférieur gauche et du médius a donné des colonies rose-clair de staphylocoque blanc, de diplocoque blond et rouge.

Le diplocoque blanc a été trouvé constamment ; le jaune 2 fois. Les diplocoques de Niessen leur ressemblent beaucoup, mais ceux de Paulsen ont moins de différences entre eux que ceux de Niessen. Le streptobacille de v. Niessen est très polymorphe. Les diplocoques blanc et jaune sont monomorphes sur tous les milieux employés. Paulsen recommande de préférence la pomme de terre, comme milieu de culture.

Stassano (1901) a étudié la sérosité sanguinolente retirée par ponction du ganglion satellite du chancre syphilitique. Il y a vu des corps mobiles paraissant être des infusoires flagellés du groupe des monadines, ronds, ovoïdes, pisiformes munis de 2 flagelles tout droits à l'un des pôles et d'un flagellum plus long et plus flexueux à l'autre pôle. Noyau. Libres parmi les cellules et les leucocytes du tissu lymphatique, certains sont fixés sur les hématies qui traversent le ganglion. A la 1re période de la syphilis, ils y sont peu nombreux. On les trouve d'abord presque exclusivement dans le sang retiré au niveau du 1er territoire lymphatique contagionné, puis ils envahissent peu à peu la grande circulation et présentent alors une phase très active de multiplication par bourgeonnement. Les individus ainsi formés restent d'abord en amas ; à une phase plus avancée de l'éruption, ils se détachent les uns des autres, et se fixent aux hématies, grandissent en même temps, et s'allongent à leurs extrémités, ce qui

leur donne l'apparence de trypanosomes qui s'attachent également aux globules rouges. Celle-ci aurait disparu avec les améliorations produites par le traitement. Ce parasite expliquerait la diminution du nombre des hématies, du taux de l'hémoglobine, observé à chaque poussée nouvelle de syphilis et l'extrême fragilité des globules rouges des syphilitiques.

V. Niessen (1902) a remarqué sur les cultures jeunes la formation d'une pellicule bigarrée, brillante à la surface. Ces colonies diffèrent beaucoup entre elles comme grosseur et comme couleur (jaune, gris ou verdâtre). Les unes sont granulées, d'autres pas. Bacilles punctiformes ou géants, comme des champignons de levures ; formes de passage aux filaments qu'on rencontre surtout avec la sporulation. L'analogie est complète avec les hyphomycètes ; granulations à la surface et sur le dépôt, formes bacillaires, formes de levures ou filamenteuses présentant une forme de développement ultérieur du bacille de la syphilis.

Le polymorphisme du bacille correspond à celui des manifestations . Après la séparation du sérum, laisser le dépôt du sang quelques jours à l'étuve avant de cultiver. Ajouter du plasmon ou de la nitrose à l'agar (gélatine). L'isolement est facile du sang, immédiatement après une cure de frictions.

V. Niessen aspire du sang de la veine médiane 10 cc. — 2 à 3 cc. pour 30 à 50 cc. de bouillon ; 18 à 20 jours à la température de l'étuve, bouillon bien concentré de façon que, refroidi, il ait la consistance de la bile, de gelée. Au bout de quelques semaines, on voit des diplocoques, des cocci sur la surface de la gélatine, produisant une fine traînée jaune qui peut très lentement liquéfier la gélatine. Cette méthode réussit quand la culture peut être reproduite. Au bout de 72 heures, inoculation positive à 2 cochons et à un singe.

Paulsen (1902) a fait des examens provenant la première fois d'un ganglion tuméfié, peu après le début du chancre ; la 2e fois, de l'avant-bras, peu après la roséole syphilitique. Les bacilles ressemblent beaucoup aux bacilles de la diphtérie, quelques-uns sont arqués en S ou droits ; beaucoup sont segmentés, à bouts massués, renflés ; souvent 2 bacilles sont disposés en croix. Dans les cultures jeunes, on trouve aussi des bâtonnets tout à fait courts qui sont des individus plus jeunes. Ils ne se colorent pas au bleu de méthylène, sont peu acido-résistants, mais sont très avides

d'alcool, ne poussent pas sur la plupart des milieux du bacille diphtéritique ou tuberculeux. Ils ne viennent bien que sur milieu de sérum et encore très lentement.

Joseph et Piorkowski (1902), en ensemençant du sperme de syphilitique sur placentas stériles, ont vu, au bout de 24 à 48 h. outre des staphylocoques, de petites colonies en forme de gouttes, à peine visibles à l'œil nu, d'abord transparentes, prenant graduellement une teinte grise, d'abord isolées, puis confluentes. Elles consistent en bâtonnets épais, renflés ordinairement en massue aux bouts, ayant très souvent subi la dégénérescente granuleuse. Ces bâtonnets étaient disposés en haie (palissade, treillis) avec coloration manifeste aux pôles. Leur longueur varie de 4 à 8 μ. leur épaisseur de 0,2 à 0,3 μ. Leur forme rappelle celle des bacilles de la diphtérie. Ils prennent bien les colorants, surtout la fuchsine acide diluée et le violet de gentiane. Gram positif. Ces bacilles se différencient nettement des bacilles pseudo-diphtéritiques, du petit bacille noueux, du bacille du smegma, du bactérium coli. La culture de ces bacilles réussit surtout sur sérum sanguin humain; mais la culture en série ne réussit que par intercalation du placenta. Sur 39 cas de syphilis récente, la preuve du bacille a été positive. On les a trouvés chez des syphilitiques atteints de 2 mois à 5 ans. Dans les cas remontant de 4 à 5 ans, le traitement avait été insuffisant ou nul. Dans 15 cas de syphilis ancienne, on ne put jamais plus déceler de bacilles dans le sperme. Dans un cas où le sujet, infecté depuis des années, présentait des lésions syphilitiques visibles sur le corps, sans avoir infecté ni sa femme, ni ses enfants, le sperme ne contenait pas de bacilles. Les auteurs ont pu déceler, dans la suite, des bacilles dans l'exsudat du chancre dur ou après transmission de chancres durs excisés. Le chancre mou n'a rien donné (sécrétion et excision). Ils l'ont également trouvé dans les papules, les plaques muqueuses, les condylomes plats, et dans 2 ganglions inguinaux syphilitiques. La preuve a été négative avec les produits tardifs de syphilis héréditaire.

Au sujet de l'hérédité, les auteurs concluent de leurs recherches à l'influence significative du traitement hydrargyrique sur le retard de développement du bacille dans l'organisme humain. Naturellement, on n'a pas expérimenté sur l'homme la spécificité de ce bacille. Chez les animaux, la syphilis n'a pu être sûrement produite. Chez un porc, les auteurs ont simplement observé, après

des injections d'une culture de bouillon un exanthème en plaques d'aspect bleu-rougeâtre allant de la cuisse au vagin. Deux faits font croire aux auteurs à la spécificité du bacille. Piorkowski a pu, au moyen d'une coloration spéciale, 1° démontrer, dans le sperme syphilitique éjaculé, les mêmes bacilles, avec leur disposition caractéristique en palissade (haie, treillis), et 2° démontrer l'existence de ces bacilles dans les espaces lymphatiques des ganglions syphilitiques. Ces bacilles paraissent appartenir au groupe des bacilles pseudo-diphtéritiques. Les bacilles de Babes-Ernst semblent dépendre de la virulence ou de la non-virulence des bactéries. Les granulations des pôles disparaissent très vite et se voient à nouveau dans les transmissions en série. En gouttes pendantes, l'agglutination se fait très vite. En ajoutant du sérum sanguin de syphilitique, le pelotonnement en gouttes pendantes devient complet. Piorkowski a aussi pu déceler les bacilles dans le sperme lui-même au moyen de la fuchsine acide diluée et réussir à colorer des coupes.

Pour Waelsch, le bacille de Joseph-Piorkowski est identique à celui de V. Niessen.

Waelsch a pu le déceler dans le sang des syphilitiques secondaires. Ce bacille qui croît très lentement (de 5 à 21 jours) a été trouvé 6 fois sur 10 cas de syphilis florides non encore traitées : 2 fois, il poussa en culture provenant de ganglions extirpés. Dans 2 cas, le sang des syphilitiques tertiaires n'a rien donné, ainsi que le contenu du centre d'une gomme ulcérée. Le milieu employé a été la gélatine à 36°. Le bacille est un bâtonnet plasmolysé, appartenant au groupe des bacilles pseudo-diphtéritiques, dont les granulations apparaissent surtout nettement avec le Gram. Sa croissance, facile sur les milieux usuels, ne présente rien de caractéristique. Il est agglutiné par le sérum des syphilitiques ; le sérum des gens sains ou autrement malades est sans action. Il n'est pas pathogène pour le cobaye et le lapin. Chez le porc, Waelsch a pu, après injection sous-cutanée de culture sur gélatine des dépôts sur culture d'agar, au bout de 7 semaines de vaccination aux oreilles et au tronc, constater un exanthème érythémateux souvent léger, hémorrhagique, sous forme de plaques rondes ou d'efflorescences papuleuses, rouges pâles. Puis, au bout d'une semaine, l'exanthème disparaissait, sans laisser de traces ; 7 ou 8 semaines après, survenait un exanthème de récidive sous forme de papules

plates, généralement avec nécrose centrale, inconnue des vétérinaires. Le rôle étiologique des ces bacilles est encore obscur : peut être accompagnent-ils la syphilis comme noso-parasites.

Au résumé, Waelsch prétend que, hors de l'urèthre, le sperme éjaculé contient les micro-organismes les plus variés et le placenta lui-même doit être bien rarement stérile, après son passage à travers le vagin.

Jürgens croit que le microbe de Joseph n'est autre que celui de Niessen dont le rôle pathogénique est douteux au point de vue de la syphilis.

Aronsohn est d'avis que le développement rapide de ce micro-organisme est peu compatible avec l'hypothèse d'un germe aussi chronique que celui de la syphilis.

Ritter émet l'avis que si l'agent pathogène de la syphilis est transmis au fœtus par le sperme, on devrait pouvoir le cultiver dans les organes des hérédcs, ce qui n'a pu avoir lieu jusqu'ici.

Winternitz et Kral ont examiné au microscope l'exsudat de chancres détergés, et ont trouvé, avec la fuchsine phéniquée et le rouge neutre, des amas de micro-organismes qui, par leur forme, leur multiplicité, ressemblaient absolument à ceux trouvés par Joseph-Piorkowski et Waelsch, puis ils cnt fait des cultures de sang de syphilitiques aux stades primaire et papuleux (à la verrue sur sérum-agar) et, au bout de dix jours, ils ont vu germer de petites colonies, très compactes, d'aspect jaune brun, à la lumière transparente, rondes ou polyédriques, paraissant composées des mêmes bacilles courts, colorés aux pôles,comme Joseph-Piorkowski,Waelsch, les ont montrés. Une culture ultérieure sur agar glycériné a fait de même. Sur les mêmes plaques, ils ont cultivé un microorganisme qui agissait hémolytiquement, Autour de ces colonies, il y avait de larges espaces clairs dans lesquels le sang ensemencé fut dissous. Des dépôts de ce micro-organisme en goutte pendante furent très rapidement et fortement agglutinés par le sérum sanguin provenant du sang d'un syphilitique, conservé dans des couveuses.

Kreisig demande si, le bacille prenant le Gram, on peut le démontrer après cette coloration dans le sperme ou après le Weigert sur coupe. Il l'a recherché vainement après ces colorations dans les ganglions lymphatiques et les chancres cutanés des lèvres.

Pour Delbanco, il s'agit de bacilles pseudo-diphtéritiques, de diphtérides. Löffler a du reste déjà démontré dans les condylomes plats des bacilles pseudo-diphtéritiques. Ce sont des bactéries, compagnes auxiliaires de la syphilis. On ne doit pas oublier, en effet, que la plupart des scléroses sont ulcérées et que par ces surfaces ulcérées, il peut très facilement pénétrer des bactéries dans les ganglions lymphatiques ; aussi n'accorde-t-il aucune valeur probative aux bacilles trouvés sur les coupes des ganglions lymphatiques hypertrophiés récemment extirpés. Les exanthèmes chez les animaux peuvent être regardés comme septiques. On a trouvé des résultats analogues dans la lèpre.

Peut-être la lèpre et la syphilis forment-elles dans certaines circonstances un milieu approprié à certaines injections secondaires spéciales.

Fränkel a cultivé à l'air des bacilles pseudo-diphtéritiques, très semblables aux bâtonnets de Paulsen.

Pour Pick, ce ne sont pas *les* bacilles *de* la syphilis : ce sont *des* bacilles *dans* la syphilis.

Von Niessen a prétendu que la sécrétion du chancre était presque impossible à cultiver. Pour Winternitz, cette sécrétion, provenant du chancre détergé avec l'anse de platine portée au rouge, n'est pas aussi riche en micro-organismes qu'on le croit. Il ne pousse pas en général beaucoup de colonies sur les plaques faites avec l'exsudat des chancres.

Joseph répond à ses argumentateurs que l'on a toujours pratiqué la désinfection préventive de l'urèthre, que les placentas employés étaient stériles, preuve en a été faite, et qu'il a trouvé des bacilles même dans le sang azoospermique. Il n'a rien trouvé d'analogue chez les individus sains, tandis qu'il a toujours trouvé son bacille dans 39 cas de sperme syphilitique. Il ne put le déceler dans 15 cas de syphilis ancienne. On ignore encore à quelles époques de l'infection le bacille peut se produire. Le bacille a été démontré dans 24 cas de chancres durs, papules syphilitiques génitales érodées, plaques muqueuses de la bouche, de la langue, des tonsilles, dans les condylomes larges, sur coupes de chancres indurés et de ganglions inguinaux syphilitiques. Il ne l'a pas trouvé dans le chancre mou, l'herpès génital, les érosions vagues. Son existence sert donc au diagnostic. On ne le trouve pas dans les produits syphilitiques tardifs, les gommes cutanées syphiliti-

ques ulcérées. Sa recherche fournissait donc un moyen simple pratique de savoir si un individu est guéri et peut se marier.

Ce bacille a des propriétés spéciales qui permettent de le dis tinguer des autres. Telle, la rapide décomposition des bacilles même sur les meilleurs milieux, le placenta, par exemple, au bout de deux jours. Au lieu des bâtonnets épais, arrondis à un bout massues, disposés en haie (palissade, treillis), on ne trouva que des amas de cocci sans ordre. L'expérience sur les animaux paraît donner l'immunité ; la transmission au porc est douteuse Pierk a pu déceler avec la fuchsine phéniquée (10 à 15 min. coloration avec XX gouttes pour 30 cc. d'eau), le bacille treillis dans du sperme syphilitique frais et a observé le ba avec sa disposition typique sur coupes de ganglions syphili ques. On a pu reporter les colonies poussées sur placenta ulté rement sur agar, agar-urine, sérum sanguin. En cultivant milieux à nouveau, on a observé des dégénérescences qui pourtant redonné des cultures non altérées, quand on revacci sur sérum sanguin. Les bacilles contiennent aux extrémités laires des corpuscules métachromatiques (corpuscules d'Er Babes). L'A. a retrouvé son bacille dans une syphilis terti datant de 8 ans et ayant subi 7 cures. Si le traitement spécifique été suffisamment intense, s'il s'agit de syphilides cutanées ter tiaires, banales, de gommes cutanées, on n'obtient rien. Le trait ment spécifique paraît favoriser la disparition du bacille hors de l'organisme. Il a une tendance rapide à se décomposer en cocc on n'a pu le cultiver à plusieurs générations que sur sérum hu main. L'inoculation aux souris, cobayes, lapins, n'a rien donné

La coloration par le Ziehl-Niessen a permis de déceler sur cou pes de ganglions lymphatiques, des bacilles au centre.

Krystalowicz (1902) n'a jamais trouvé de microbes dans syphilis qu'il ait pu considérer comme spécifiques, malgré différentes colorations qu'il ait employées. Les microbes Joseph-Piorkoswki provenant du sang de syphilitiques, cu vés sur milieu sanguin, lui paraissent être identiques aux bacil de la pseudo-diphtérie.

Vörner (1902) croit avoir réellement vu des corpuscules se blables à ceux de Lostorfer dans le sang des syphilitiques, m seulement avec anémie concomitante et alors, même sans syp l's.

Pfeiffer et Sternberg (1902) regardent les bacilles de Joseph-Piorkowski comme des bacilles diphtéritiques et refusent à ces bactéries toute signification pathogénique, puisque les inoculations sur l'homme avec les cultures ne provoquent aucune altération et ne donnent aucun résultat positif.

Pini (1902) conteste les travaux de Justin de Lisle et Jullien. L'inoculation à l'homme a été négative. Le bacille cultivé du plasma n'est pas constamment identique. Les cultures sont souvent négatives. Le microbe retiré du plasma n'est pas le microbe de la syphilis.

V. Niessen (1902) identifie son microbe avec celui de Lisle-Jullien et Joseph-Piorkowski.

Adrian, Holzhaüser, Heigel. ont pu produire chez le porc, par inoculation de sang de syphilitique et de sur de chancre des exanthèmes analogues à ceux décrits par Niessen.

Lôffler a décelé par inoculations animales le bacille pseudo-diphtéritique pris sur condylomes plats.

Mais il faut se rappeler que les scléroses sont généralement ulcérées et que, par la surface ulcérée, des bactéries peuvent très facilement pénétrer dans les ganglions lymphatiques. Aussi Dellanco n'attribue-t-il pas beaucoup d'importance aux bacilles trouvés dans les coupes de ganglions lymphatiques tuméfiés, fraîchement extirpés. Les exanthèmes provoqués chez les animaux ne sont peut-être que des exanthèmes septiques.

Joseph affirme que l'urèthre avait toujours été désinfecté et que le placenta ne contenait pas de germes. Suivant Piorkowski, il doit y avoir une certaine relation entre ces bacilles et la syphilis.

En 1903, v. Niessen déclare avoir trouvé son bacille chez 160 syphilitiques, et l'avoir inoculé avec succès aux animaux. Cependant, malgré leur analogie avec le sien, les bacilles de Joseph-Piorkowski ne liquéfient pas la gélatine, ne sont pas pléomorphes, n'ont pas la couleur jaune pur, se cultivent sur sérum humain seul. Les accidents tertiaires sont les plus démonstratifs. On retrouve toujours son bacille, dans le sang des syphilitiques tertiaires.

La même année, Róna a découvert des spirilles dans les lésions gangréneuses des organes génitaux. Ayant retrouvé les mêmes formes spiralées dans des lésions non syphilitiques et dans le

smegma préputial, il ne crut pas avoir trouvé le microbe de la syphilis.

Pour Schüller (1903), les protozoaires qu'on a rencontrés chez les syphilitiques pénètrent dans l'organisme par inoculation en un point lésé de la peau ou des muqueuses. Au lieu de l'inoculation, il est probable qu'ils passent par une phase de développement qui aboutit à leur multiplication et à la production de capsules sporadifères ; de là, ils passent dans les divers tissus par les voies lymphatiques et y accomplissent la 2e phase de leur développement. Il est exceptionnel de trouver le parasite à sa première phase dans le chancre induré, parce que, le plus souvent, il se produit une inflammation nécrotique violente, en même temps que l'infection, qui masque, trouble ou empêche l'évolution du parasite ; on peut le trouver dans tout chancre induré ; son aspect varie suivant l'âge du chancre, à telle ou telle phase de son développement. Il est surtout caractérisé au microscope par de grosses capsules rondes, ovales ou piriformes à parois doubles, remplies de noyaux de formes irrégulières (capsules sporadifères) ; quelques-unes sont ouvertes ; il s'en échappe des parasites et de petits noyaux protoplasmiques. Par cultures, on obtient des parasites fortement pigmentés, comme recouverts de soies, à mobilité ralentie ; ils renferment une quantité de corpuscules qui se libèrent par bourgeonnements de la paroi. Plus tôt le parasite se couvre de soies, plus son existence ultérieure est compromise. Par passages successifs sur un milieu sanguin stérile, le parasite se débarrase complètement de ses soies et, à un moment donné, on ne trouve plus que des capsules sporadifères, semblables à celles des tissus infectés. Dans les cultures, ses formes sont des mouvements rapides, principalement de rotation. Température nécessaire 37 à 38° C. A 35° ils ne se reproduisent plus. Le bourgeonnement met en liberté des corpuscules à noyau ressemblant à ceux décrits par Doëhle. Reproduction par karyokinèse, et reproduction sexuée probable.

Waëlsch (1903) a examiné 77 fois le sang ; il a trouvé le bacille de Niessen dans le sang des syphilitiques, tandis que celui de 27 hommes sains n'en contenait pas. Développement lent. Polymorphisme; Gram positif. L'inoculation au cobaye et au lapin est restée négative ; elle a été positive chez le singe et le cochon. Chez le cochon, exanthème au bout de 6 à 8 semaines, disparaissant au

bout de 2 semaines, pour récidiver 8 semaines après, mais aucun bacille dans le sang du cochon. Les petits du cochon meurent en naissant ou peu après. La nécropsie ne donne rien. Chez le singe, Waelsch n'a pas produit la syphilis. Bacilles de Niessen dans les tissus par inoculation.

La peau est difficile à stériliser. Toutes les inoculations ont été positives ; elles ont produit chez le cochon diverses éruptions urticariennes toxiques avec érythèmes. Il ne peut donc s'agir d'un bacille spécifique.Ce bacille pseudo-diphtéritique de Niessen doit provenir de la peau où il pousse, banal sur plaies ulcérées. Mracek confirme les recherches de Waelsch. Buchta, sous sa direction, a pu retrouver les bacilles de la pseudo-dihptérie. Winternitz a eu des résultats encore moins constants,surtout dans les scléroses et condylomes,mais aussi dans le smegma et le sueur des pieds. Erythèmes furonculeux par inoculations Nagelschmidt n'a pas obtenu de résultats par les inoculations aux animaux.

Pfeiffer (1903) a trouvé dans 15 urèthres normaux et 12 blennorrhagiques, sur lamelle et en culture, de grandes quantités de bacilles diphtéroïdes.

Aucun des malades n'avait eu la syphilis. Suivant Pfeiffer, ces bacilles seraient identiques aux bacilles de Joseph-Piorkowski trouvés dans la syphilis. Ces bacilles de la syphilis fourniraient les bacilles non pathogènes de la pseudo-diphtérie et ceux qui se mélangent au sperme à son passage à travers l'urèthre. Aussi Pfeiffer s'étonne-t-il que Joseph ait trouvé 2 fois ces bacilles dans des ganglions syphilitiques fraîchement tuméfiés, bien qu'on ne puisse tirer de déductions générales de deux cas isolés.

Horand (février 1904) a trouvé dans le sang des syphilitiques un sporozoaire sous diverses formes d'involution. Il n'y a pas de formule leucocytaire pathognomonique de la syphilis,mais on y trouve des altérations fondamentales et profondes du sang et surtout des globules rouges ; diminution de l'alcalinité du sang et de l'hémoglobine, extrême fragilité des globules diminués de nombre, peut-être nucléés ; éventration de ces globules, quelques-uns semblant expulser quelque chose de leur protoplasma ; augmentation du nombre des hématoblastes. Horand a trouvé dans le sang d'un petit enfant syphilitique des corps en forme d'anguillules, plus ou moins onduleux, en série, échelonnés, équidistants

les uns des autres, doués de mouvements très vifs, ondulant à la façon des spermatozoïdes, se déplaçant rapidement et déplaçant des globules rouges qu'ils déformaient ou entraînaient quelquefois en y adhérant fortement. A côté d'eux, il y avait des granulations ou des corps très réfringents et très mobiles. Horand a recherché ces éléments dans différentes lésions syphilitiques, dans les vaisseaux sanguins et lymphatiques. Il a rencontré : 1° des corps sporulés réfringents, plus colorés à la périphérie, le centre restant incolore, en quantité innombrable au niveau des plaques muqueuses ; 2° des grains colorés en rouge avec auréole incolore, très mobiles, solitaires ou agminés, quelques-uns accolés ou groupés d'une façon excentrique dans les globules rouges ; 3° des corps réfringents de formes et dimensions diverses dans les globules rouges ou en dehors d'eux ; 4° des cellules amœboïdes plus ou moins festonnées avec granulations réfringentes ; 5° des croissants libres dans le sérum sanguin des syphilitiques secondaires où chevauchent les globules rouges. Rarement solitaires, ils sont généralement accolés par paires de 2, 4, 6 et plus, ou en chaînes (chancres, plaques muqueuses) ; 6° des anguillules ou flagelles se dirigeant dans tous les sens et tous les plans, quelques-uns pénétrant les cellules amœboïdes en les couvrant. Ce seraient les éléments mâles des hémoprotistes, qui féconderaient les éléments femelles représentés par des cellules amœboïdes provenant soit des corps falciformes, soit des segments de rosaces ou des granulations. Ces flagelles peuvent être isolées, libres dans le sérum sanguin, entre les globules rouges, à leur intérieur, ou rangés en séries, en échelles (chancre, plaques muqueuses) ; 7° des corps en forme de massue avec extrémité caudale très allongée, servant à leur déplacement dans le torrent circulatoire ; 8° des corps en forme de rosaces à 3 ou 4 segments ; 9° des sphères isolées ou associées de 1 µ à 1 millim. de diamètre et plus, nues ou avec flagelles semblant s'en échapper ou contenues dans les flagelles. Elles peuvent aussi contenir des grains de pigment (chancre, sang, plaques muqueuses) ; 10° des parasites à l'état de développement parfait avec filaments et corps central ; 11° des globules rouges avec grains colorés en rouge, des cellules amœboïdes, flagelles seuls ou accouplés à une cellule amœboïde, des sphères avec ou sans flagelles : 12° des globules blancs avec pigment ; des grains plus gros que les granulations éosinophiles et des petites sphères.

L'agent pathogène de la syphilis est un parasite à formes évolutives endo-globulaires, un sporozoaire, un protozoaire, un hémoprotiste ; les formes d'involution sont nombreuses, sa forme adulte n'a pas encore été décrite. On le retrouve surtout dans le sang ; sa présence serait un signe indiscutable de syphilis. Horand l'a décelé dans le sang, dans les plaques muqueuses. Fixation à l'alcool, acide chromique à 5 %, puis Ziehl à 80 % pendant 5 minutes. Décoloration à l'eau d'aniline à 2 % et à l'alcool absolu. Continuant ses travaux, Horand regardait, en 1905, le spirochœte de Schaudinn comme identique à l'une des formes d'involution de son hémoprotiste.

Joseph (1904), considérant la fréquence de la syphilis héréditaire, croit que l'agent pathogène de la syphilis doit surtout se conserver dans le sperme des malades. Il emploie comme milieu de culture du sperme le placenta. Il a trouvé un seul et même bâtonnet, à caractères typiques, ne donnant de cultures pures que sur placentas ou avec leur aide Le placenta semble jouer le rôle de stimulant pour la pullulation des bâtonnets. Sur frottis de cultures, les bâtonnets se disposent en treillis. Le bâtonnet dégénère rapidement. On le trouve aussi dans le sang des syphilitiques, également disposé en treillis (palissade). Au bout de 1 à 2 jours, le sperme donne sur placenta des colonies grises typiques, apparaissant comme de la rosée. Dans le sang, ces colonies demandent des semaines pour se développer. On les a trouvées dans le chancre induré, les condylomes syphilitiques, les syphilides, acnéiformes et impétigineuses, les ganglions. L'inoculation sur les animaux est restée négative.

Paulsen (1904) et Appel, contrôlant les recherches de 1902, ont souvent retrouvé des bacilles diphtéroïdes. Faciles à enlever sur les muqueuses, rares sur la peau des individus peu soigneux, ils n'auraient aucun rapport avec la syphilis. Dans le sang des syphilitiques, ils ont trouvé des bacilles, des diploccques, des streptocoques ; 19 fois sur 25, le bacille serait le facteur de la syphilis. Les papules, le sang des syphilitiques contiennent, outre le bacille spécifique, d'autres microbes.

Schüller (1904) a retrouvé les mêmes organismes dans la syphilis à tous ses stades, la syphilis héréditaire, le cancer, le sarcome. Cultivés, ceux de la syphilis s'écartent de ceux du cancer par leur

forme extérieure et par leur action sur les tissus. Ils produiraient la syphilis.

Sowinski (1904), après examen bactériologique du vésicatoire et inoculation sur agar-glycérine, a vu, dès 24 heures, sur la culture, des bacilles identiques à celui de Lisle-Jullien.

Niessen (1904) a pu retirer par la culture du sang et de différents produits dans la syphilis une espèce de bactéries d'espèce encore peu connue. Il l'a cultivée pure et l'a identifiée dans plus de 200 cas de formes et stades les plus variés de la syphilis. Il a pu avec la culture pure de cette bactérie chez le singe, le cochon et le cheval, produire des phénomènes cliniquement et anatomo-pathologiquement semblables à ceux de la syphilis humaine. Dans quelques cas, la reproduction par la culture de la bactérie a pu se faire du sang et du produit morbide de recherches sur les animaux (un chien par exemple qui avait reçu la syphilis de l'homme).

En 1905, N. prétend que le contage syphilitique se laisse isoler par la culture du sang, dans tous les cas de syphilis. Le pléomorphisme, les modifications génératrices du microbe suffisent peut-être à expliquer les modifications des symptômes.

Ribbert a trouvé dans le rein d'un enfant syphilitique et dans la parotide de 2 enfants non syphilitiques des protozoaires ressemblant à ceux trouvés par Jesionek et Kiolemenoglou dans les reins, le poumon, le foie. Dans les reins, grande quantité de ces cellules, extraordinairement grandes, en amas dans presque tous les canalicules urinaires, l'urèthre, jamais en dehors dans le tissu conjonctif, les tubes droits ou les glomérules. Ils remplissaient le tube collecteur, réagissaient et avaient repoussé l'épithélium pavimenteux au dehors. Les noyaux donnaient sur coupe transversale des tubes un anneau complet autour des amas cellulaires ou accompagnaient des deux côtés les stries cellulaires, quand les tubuli étaient intéressés suivant leur longueur. On trouvait les mêmes cellules dans les canaux de la parotide chez un enfant d'un an avec épithélium cubique en plusieurs couches, mais bien plus étendu dans les conduits autrement intacts. Seuls, plus ou moins rapprochés, rarement groupés, quelques lobules en sont farcis, d'autres n'en ont pas. On n'en trouve aucun dans les alvéoles et le tissu conjonctif. Ils se limitent à l'épithélium ou y pénètrent, ou vont jusqu'au tissu conjonctif.

Dans la parotide d'un enfant de 3 mois, on trouvait aussi ces cellules mais en nombre encore plus considérable que dans la parotide du précédent. Elles étaient uniquement situées à l'intérieur des tubes, beaucoup étaient remplies sur une étendue plus ou moins longue ; en d'autres points, en les trouvait isolées. Les cellules ont un noyau rond ou ovale homogène, avec corpuscule nucléaire relativement bien limité, homogène, mais pas toujours visible. Le noyau est limité par une zone claire. On dirait que la substance du noyau est tirée de la membrane nucléaire.

Le corps cellulaire paraît tantôt plus uniformément,finement granuleux, tantôt traversé de petites vacuoles. Pas de membrane propre. Mêmes formes dans les 3 cas. Ces éléments n'ont pas d'analogie connue dans les tissus normaux ou pathologiques. Pas de formes de passage avec les épithéliums ou autres cellules. Pas de rapports de causalité; ils ne paraissent être produits ni par développement, ni par suite de métamorphoses spéciales. Les noyaux se différencient de tous les autres, sont homogènes, de couleur mate. Le protoplasma se comporte de façon spéciale, surtout où il est pourvu de granulations abondantes. Le dépôt dans l'intérieur des tubes parle contre l'origine de cellules quelconques du corps. Seule, la localisation dans les reins et leurs tubuli contorti rendrait possible leur provenance de leurs parties constituantes, processus jusqu'ici inconnu. Peut-être s'agit-il de protozoaires, probablement amibes ou sporozoaires, parce que le noyau se colore tout autrement que dans les cellules du corps et surtout parce que les formes pénètrent entre les épithéliums, manifestement comme des sporozoaires et les repoussent par côté. Il reste encore douteux que ces cellules aient une relation quelconque avec la syphilis. On ne sait encore rien de certain sur leur signification et leur importance.

Waëlsch (1904) a examiné le sang des syphilitiques et,par contrôle, le sang de gens sains, ou atteints de maladies de peau, de blennorrhagies, mais pas de syphilis ; le liquide cérébro-spinal de syphilitiques et de malades de la peau, la sécrétion de chancres détergés ; des chancres excisés cultivés, des cultures de syphilis tertiaires. Sur 35 syphilis secondaires, il a trouvé 12 fois le bacille de Niessen, seul dans le sang et pur, 5 fois le bacille de cultures délicates, 4 fois les deux bacilles l'un à côté de l'autre, 3 fois, un gros diplocoque jaune ; 11 fois, le sang est resté stérile, 1 cas de

gommes miliaires a donné des cultures. La syphilis gommeuse est toujours restée négative. Chez 27 gens sains, W. a trouvé un bacille différent de celui de Niessen, dû à la souillure de la peau ; deux fois, un bacille identique aux cultures jeunes appartenant au groupe des bacilles de la pseudo-diphtérie. Sur 35 syphilitiques florides,dans 16 cas (45,7 %), W. a trouvé le bacille de Niessen, tandis que Niessen l'aurait trouvé sans exception dans les 160 cas qu'il a examinés. Ce bacille n'est donc pas constant dans la syphilis. Les cultures ne sont pas toujours pures et ne provoquent pas une maladie toujours identique. Il n'est donc pas le pathogène de la syphilis.On ne peut le cultiver en série chez les animaux.Le bacille de Niessen est identique à celui de Joseph. Il n'a pas d'importance étiologique dans la syphilis. Il accompagne la syphilis chez l'homme, mais il n'est pas pathogène. Il vient de la peau ou des muqueuses, transporté dans les voies lymphatiques, les ganglions, le sang où on le trouve en très minime quantité au moment de l'éruption. C'est *un* bacille *dans* la syphilis : ce n'est pas *le* bacille *de* la syphilis.

W. a examiné 35 syphilis secondaires et 5 tertiaires.Il a fait l'examen bactériologique des chancres et des ganglions. Comme contrôle, il a examiné le sang de 27 individus, non syphilitiques. Il a pu cultiver, du sang de 35 syphilitiques, secondaires, un bacille pseudo-diphtéritique dans 16 cas, soit 45.7 %,bacille identique à celui de Niessen. Dans 1 cas, il a obtenu un bacille pseudo-diphtéritique peu exubérant trouvé aussi dans 2 cas de non-syphilitiques ; 4 fois, les 2 bacilles étaient ensemble. Le bacille de Niessen n'a pas pu être retiré d'individus normaux, ni des syphilitiques tertiaires ou de la ponction lombaire des syphilitiques. Dans 3 cas, le bacille de Niessen a été retiré 2 fois de la sécrétion du chancre. Mais les chancres excisés donnèrent dans les 2 cas un résultat négatif pour ce bacille qui fut trouvé en culture pure dans les ganglions de ces deux cas. Au porc, l'injection de cultures pures de ce bacille a déterminé des poussées d'un exanthème urticarien ; chez un singe, des efflorescences érythémateuses. L'autopsie de ces animaux et de leur portée ne donna rien qui pût faire penser à la syphilis. Ces exanthèmes analogues à ceux consécutifs à l'injection de sang syphilitique sous la peau des porcs, sont des érythèmes toxiques qui n'ont rien à faire avec une syphilis de ces animaux. Le bacille de

Niessen n'a rien à voir avec la syphilis ; c'est un non-parasite inoffensif assez commun dans cette maladie.

Résumé de la 1re partie.

De la courte étude qui vient d'être chronologiquement faite,il résulte que l'on peut diviser les chercheurs des temps modernes en deux groupes :1° ceux qui recherchent des microbes de différentes espèces ; 2° ceux qui recherchent dans le sang et les tissus des productions d'espèce inconnue.

De 1885 à 1903,les uns,d'accord avec Lustgarten,confirment ses travaux, ne réservant que ce qui concerne ce qu'il a dit au sujet des sécrétions ; les autres, moins nombreux, les contestant.

Faut-il croire avec Lefebvre (1905) que les recherches sont jusqu'ici contradictoires ? Puisque les tentatives d'inoculation par cultures pures de bacilles soi-disant syphilitiques ont donné des résultats douteux ou sont restés stérilees, puisque personne n'est encore parvenu à produire une syphilis expérimentale par l'inoculation de cultures d'un bacille retiré de l'organisme en puissance de syphilis, faut-il considérer la question comme aussi peu avancée qu'à l'époque de Lustgarten ? Si, comme l'a dit Lassar, depuis 30 ans, on a découvert 25 formes différentes d'organismes soi-disant pathogènes, dont la plupart sont tombés dans l'oubli, en raison de leur ubiquité et de leur présence dans des maladies autres que la syphilis ; si l'inoculation a été impossible jusque dans ces derniers temps, si l'on n'a pu encore cultiver d'organismes à l'état pur, il paraît néanmoins surprenant que depuis 1905, on ait presque constamment trouvé et fortuitement, dans le tissu syphilitique, deux formes de protozoaires, le cytorrhyctes et le spirochœte.

Peut-être y a-t-il encore à connaître des rapports biologiques entre ces organismes ayant trait à différents états dus au changement de génération d'un seul être ou bien (et ceci s'imposera tant que l'inoculation au singe anthropomorphe ne sera pas plus confirmée), les protozoaires décrits dans la syphilis, les maladies analogues, surviennent-ils exclusivement comme les saprophytes sur milieux de culture et dans les humeurs favorables ou comme le staphylocoque chez le diabétique.

C'est ce que nous apprendra peut-être l'étude du spirochœte de

Schaudinn-Hoffmann et du cytorrhyctes de Siégel, qui fer… l'objet du prochain article.

BIBLIOGRAPHIE.

BENEDICTUS.
ULSENIUS. — Vaticinium. Nuremberg, 1496.
GILINUS. — Opusculum de morbo gallico 1497.
GRUNPECKIUS DE BURGHAUSEN. — Tractatus de pestilentiali Scorr. sive Malo de Frantzos, originem remediaque ejusdem continens, in-4 1496.
LEONICENUS. — Liber de epidemia quam Itali morbum gallicum. Galli vero neapolitanum vocanti Venetiis in-4°, 1497.
MONTESAURUS. — De epidemia quam vulgares mal Franzoso appellant. Veronæ 1497.
TORELLA. — Dialogus de dolore, cum tractatu de ulceribus in pudendagrâ evenire solitis. Romæ 1499 in-4°.
SCHELLING. — Consilium ad pustulas malas morbum quem malum de Francia vulgus appellat. Heidellebergœ, 1500, in-4°.
ALMENAR. — Libellus ad evitandum et expellandum morbum gallicum, ut nunquam revertatur (plusieurs éditions de 1502 à 1586).
HUTTEN. (Ulrichus de). — De guaiaci medicina et morbo gallico. Moguntiœ, 1519, in-4°.
FRACASTOR. — Syphilidis, sive de Morbo Gallico, libri tres (plusieurs éditions de 1530 à 1559).
MASSA. — Liber de morbo gallico noviter editus,in quo omnes modi possibiles sanandi ipsum, mirâ quâdam et artificiosâ doctrinâ continentur, ut studioso lectori patebit (plusieurs éditions de 1532 à 1563).
FALLOPIUS. — Tractatus de morbo gallico; opus posthumum, Patavii 1645, in-4°.
Theophrastus von HOHENHEIM (Paracelsus). Von der Frantzœsischen. Krankheit. Nüremberg, 1552,in-8°.
LUISINUS. — De morbo gallico omnia quæ exstant. Venetiis, 1566-67. Aphrodisiacus, sive de lue venerea continens omnia quæcunque de hac re sunt conscripta. Ludguni Batavorum, 1728, in-fol.
FERNEL. — De luis venereæ curatione perfectissimâ liber, nunquam ante hac editus. Anvers, 1579.
ABERCOMBY. — Tuta ac efficax luis venereæ sœpe absque mercurio, ac semper absque salivatione mercuriali curanda methodus. Londini 1664, in-12.
BOERHAAVE.— Tractatus med. de lue venerea,1728. — Prælectiones de lue venerea, 1751.
ASTRUC. — De morbis veneris. Paris 1736-1740, 55-77.
HUNTER. — A treatise on the venereal disease. London, 1786, in-4°.
VAN SWIETEN.— Von venerischen Krankhreiten und ihre Heilart. Frankfurt. a. M. 1791.
SWEDIAUR. — Traité complet des maladies syphilitiques, 1798 à 1817.

CARMICHAEL. — On the venereal diseases, which have been confounded with syphilis, etc. London, 1814-15, in-4°.

CULLERIER-BARD. — Art. *Syphilis in* Dict. des sc. méd. en 60 vol., 1821.

DONNÉ. — Recherches microscopiques sur la nature du mucus et de divers écoulements des organes génito-urinaires, 1837.

AUZIAS-TURENNE. — Cours de syphilisation fait à l'école pratique de la Faculté de médecine de Paris. Paris, 1854, in-8°.

HALLIER. — Die Parasiten der Infections Krankheiten. *Zeitschrift f. Parasitologie*, 1869, Bd. I. s. 180.

KLOTSCH. — Untersuchungen über die Natur der Gahrungserscheinungen. *Zeitschr. f. Parasit.*, 1870. Bd. I. s. 274.

LOSTORFER. — Ueber specifische Unterscheidbarkeit des Blutes Syphilitischer. *Arch. f. Derm. und Syph.* 1872, I. s. 115, 134.

BIESIADECKI. — Ueber die Lostorfer'schen Körperchen. *Wiener medizinische Wochenschrift*, 1872, n°ˢ 8 et 9.

VAJDA. — Lostorfer'schen syphilis Körperchen. *Wien. med. Woch.*, 1872. n° 8.

KLEBS. — De l'inoculation de la syphilis aux animaux et de la nature du contage syphilitique. *Prag. med. Woch.* III 41. 1878.

CUTTER. — Report of a lecture on the morphology of the blood in syphilis. *The Chicago med. Journ. and examiner* 1878, t. 37, p. 67.

BERMANN. — The fungus of syphilis. *Arch. of. med.*, 1880, IV, pp. 213-269. New-York.

AUFRECHT. — Ueber den Befund von Syphilis Mikrokokken. *Centralblatt f. med. Wissensch.* 26 II. 1881, p. 228.

HORTELOUP. — Du virus syphilitique et de sa transmissibilité. *France méd.*, 1881, t. II.

BIRSCH-HIRSCHFELD. — Bakterien in Syphilis Misbildungen. *Centralblatt f. der. med. Woch.* 1882 n°ˢ 33, 34.

MARTINEAU et HAMONIC. — De la bactériologie syphilitique de l'évolution syphilitique chez le porc. Académie de médecine, séance du 5 septembre 1882.

LEISTIKOW. — Sur les bactéries dans les maladies vénériennes. *Charité. Annalen*, juillet 1822 p. 750.

MARCUS DE TORNERY. — Recherche du microbe de la syphilis. Soc. de Biologie, 13 juillet 1884.

BARDUZZI. — Il microbio de la sifilide. *Gazetta degli Ospedali*, 10 fév., 1884, n° 12, p. 89.

LUSTGARTEN. — Ueber spezifische Bacillen in syphilitischen Kraukheits produkten, *Wien. med. Woch.*, 22 nov. 1884. *Jahrb. d. Arzte ges. in* Wien. 1825.

BABES. — Les bactéries 1885 (voir à Cornil).

ALVAREZ et TAVEL. — Recherches sur le bacille de Lustgarten, *Archives de Physiologie normale et pathologique*, 2ᵉ semestre 1895, p. 303.

NEISSER. — La syphilis bactérienne 1885.

DISSE-TABUCHI. — In *Deutsche medizinische Wochensc.* 1885, n° 48.

CORNIL et BABES. — Les bactéries, 1885, p. 666.
MATTERSTOCK. — Sitzungsberichte der Nürnberg mediz. Ges. 188.
DOUTRELEPONT-SCHUTZ. — In *Deutsche med. Woch.* 1885, n° 19.
KLEMPERER. — In *Deutsche med. Woch.*, 1885, n° 47.
ZEISSL. — In *Wiener med. Presse*, 1885, n° 48.
MARCUS. —Nouvelles recherches sur le microbe de la syphilis. Thèse de Paris, 1885.
FERRARI. —Recherches histologiques sur les microorganismes de syphilis et plus spécialement dans le placenta syphilitique en relation avec l'hérédité de la syphilis. *Giorn. ital. della malattie ven. e. della pe* 1885. — Académie de Catane, 1886. 6.
BIERSTOCK. — In *Fortschritt. d. Med.* 1886. 6.
KASSOWITZ-HOCHSINGER. — Sur un micro-organisme constaté dans la syphilis héréditaire. *Munch. med. Woch.*, 1886 n° 23. *Wien. med. Blätter* 1 à 6.
KOLISKO. — In *Munch med. Woch.* 1886, n° 24.
ANDRONICO. — Sur la genèse parasitaire de la syphilis. *Giorn. ital. d. mal. ven. e. della pelle*, mars-avril 1886.
CHOTZEN. — Des streptocoques dans la syphilis héréditaire, *Vierteljahrschrift. f. Derm. u. Syph.*, 1886, 1 et *Deutscher Kongress*, Berlin 1886.
EVE et LINGARD. — On a bacillus cultivated from the blood and from the diseased tissues in syphilis. *The Lancet*, 1886, p. 680.
BITTER. — Ueber Syphilis und Smegma Bacillen, nebst Bemerkungen über die farberischen Eigenthüm lichkeiten des Smegma und Tuberkelbacillen *Virchows' Archiv*, 1886, t. CVI, n° 2.
FURTH-MANNABERG. — Congrès médical de Strassburg, septembre 1906.
ALTHAUS. —Das syphilitische Komma. *Deutsche med. Wochenschrift* 3 février 1887.
BENDER. — Revue générale sur les bacilles de la syphilis. *Centralblatt f. Bakteriologie und Parasitologie*, 11 mars 1887.
DOUTRELEPONT. — Streptocoques et bacilles dans la syphilis héréditaire. *Centralblatt f. Bakt. . Paras.* n° 11, 13, 1887.
NEISSER. — Ueber Streptococcie bei hereditärer Syphilis. *Vierteljarhrschrift f. Derm. u. Syph.* 1887, n° 1.
NEUMANN. — Des différents foyers de reproduction du virus syphilitique. *Wiener med. Woch.*, 15 février 1887.
FORDYCE. — Thèse Berlin, 1888.
MARKUSE. — In *Arch. f. D. u. P.* 1888, XV, 3.
SMIRNOW. — In *Wratch*, 1888, n° 13.
MARSCHALKO. — Ueber die Bacillen der Syphilis. *Deutsche med. Zeitung*, 1891 (aus der Ges d. Arzte in Budapesth, 1891).
BERDAL et BATAILLE. — *Médecine moderne*, 1891, p. 400.
SABOURAUD. — Quelques faits relatifs à la méthode de coloration de Lustgarten. *Ann. de l'Institut Pasteur*, 1892.
GOLASZ. — De la présence d'un microbe polymorphe dans la syphilis. Acad. des Sciences, séance du 12 mars 1894.

WINKLER. — In *Wiener Klin. Woch.*, 1897, n° 17.

v. NIESSEN. — Der Syphilis Bacillus. Wiesbaden. Bergmann, 1896.

DOHLE. — De la coloration des organismes dans les tissus syphil. et de la possibilité de transmettre la syphilis aux cobayes. *Munch. med. Woch.*, 12 octobre 1897.

v. NIESSEN. — Sur la bactériologie de la syphilis. Congrès de Wiesbaden 1898 et Soc. de méd. de Berlin, 19 novembre 1898.

v. NIESSEN. — Culture du bacille syphilitique. *Wien. med. Woch.*, 1899, n°s 11, 18.

KUTZNITZKY. — In *Arch. f. D. u. S.* 1899, Bd. 48. H. 1.

LEVI. — In *Giorn. ital. d. mal. ven. e. della pelle*, 1899, n° 3.

LOEB. — In *Derm. Centralblatt*, 1899, n° 11.

KREMER. — In *Centralblatt f. Bakt, u. Paras.* 1900, n°s 14, 15.

NEUDORFER. — In *St-Paul med. Journ.* 1900.

JUSTIN DE LISLE et JULLIEN. — Recherches bactériologiques sur la syphilis. Acad. de Méd. 2 juillet, 1901.

AUBEAU. — A propos de la bactériologie de la syphilis. *Clinique générale de la chirurgie*, 1er octobre 1901.

NEUMANN. — Der Syphilis-Virus. *Wiener Klin. Rundschau*, 1901, n° 15.

PAULSEN. — Diplococcus albus im Blute Syphilititischer. *Derm. Zeitschr.*, 1901. p. 134.

von NIESSEN. — Der weitere Syphilis Verlauf bei meinen Versuchstieren. *Beitr. zur Syphilis Forschung*, 1901.

Idem. — Kasuistik über weiteren 20 Fälle von Syphilis bei denen der Syphilis Bacillus, aus dem Blute gezüchtet werden könnten. *Ibidem.* 1901.

Idem. — Zur Biologie des Syphilis, Bacillus. *Ibidem*, 1901.

Idem. — Syphilis und Carcinom,im vergleichend mykologische Studie. *Ibidem*, 1901.

STASSANO. — Sur un parasite observé chez des syphilitiques. Acad. des sciences, 25 mars 1901.

VINCENT. — Syphilis et bacille fusiforme. *Presse médicale*, 1901, n° 44.

PAULSEN. — Bacillus zweimal aus dem Blute eines Syphilitischers gezüchtet. *Arztl. Verein*, Hamburg, Sitzung vom. 14 jan. 1902.

JOSEPH. — Sur l'agent pathogène de la syphilis. Soc. médical. Berlin, 5 mars 1902.

JOSEPH PIORKOSWXI. — Weitere Beiträge zur Lehre von der Syphilis Bacillen. *Deustche med. Woch.*, 1902, n°s 50, 52.

PFEIFFER et STENRBERG. — Wiener Arzte Ges., 1902.

v. NIESSEN. — Bacilles de la syphilis. *Klin. Therap. Woch.*, 1902. n° 14.

PINI. — Bactériologie de la syphilis secondaire. *Giorn. ital. d. mal. ven. e della pelle*, 1902, n° 6.

VORNER. — In *Deustche med. Woch.*, 1902, n° 50.

PAULSEN. — Bemerkung zur Lehre von der Syphilis-Bacillen. *Monatsch f. prakt. Derm.* XXXVI, p. 144.

v. NIESSEN. — Observations concernant les bacilles probables de syphilis de Joseph-Piorkowski. *Wiener med. Woch*, 1903, n° 14 et 15.

SCHULLER.—Ueber die Protozo ähnlichen Bacillen bei Syphilis. *Derm. Zeitschrift*, 1903, p. 333.

WAELSCH. — Sur la présence de bacilles dans la syphilis. Congrès de Sarajewo, septembre 1903.

PAULSEN. — Bacilles de la syphilis. Traitement sérothérapique. Compte rendu du Congrès de Berlin 1904 p. 186.

HORAND. — L'agent pathogène de la syphilis est un hémoprotiste. *Lyon médical*, 21 février 1904, n° 8.

Idem. — Les spir. de Schaudinn-Hoffmann et les formes évolutives de l'hémoprotiste de la syphilis. *Ibidem*, 4 juin 1906, n° 13.

RIBBERT. — Ueber protozoenartige Zellen in der Niere eines syphilitischen Neugeborenen und in der Parotis von Kinder. *Centralblatt. f. Allg. Path. u. path. Anat.*, 1904, n° 55.

SCHULLER. — Parasitologie de la syphilis. *Centralblatt f. Bakt. u. Paras.*, XXXII, n° 5 et 9.

SOWINSKI. — A propos du bacille de la syphilis de Lisle et Jullien. *Przeglad lekarski* 1904, n° 24.

WAELSCH. — Sur les bacilles trouvés dans la syphilis. *Arch. f. Derm. u. Syph*, 1904, Bd. LXVIII, p. 175, et *Wien. med,, Woch.*, 1904 n° 12.

v. NIESSEN.— Mutabilität und Generationswechsel des Syphilis-bacillus als Ursache der variablen Syphiliserschneiungen. *Die med. Woch.* 1905, n° 26.

LEFEBVRE. — Du rôle étiologique des bacilles dits syphilitiques. *Annales* du service de dermatologie, syphiligraphie et urologie de l'hôpital Saint-Pierre, de Bruxelles, 1904, n° 2, p. 85.

REVUE ANALYTIQUE

ÉRUPTIONS MÉDICAMENTEUSES

ENGMAN, MOOK : **Contribution à l'histopathologie et à la théorie des éruptions médicamenteuses.** (*Journ. of cut. Dis.* nov. 1906, p. 502.) — Les phénomènes éruptifs locaux tendent à survenir aux points antérieurement enflammés, aux environs des comédons, lésions d'acné, de séborrhée, traumatismes, grattage, etc. Les traumatismes, la pression, les changements brusques de température peuvent provoquer une éruption des tissus imprégnés du médicament. On peut admettre l'idiosyncrasie, la susceptibilité, comme dans les autres états toxiques. Les glandes, follicules cutanés ne prennent pas de part active ou spécifique dans la production des lésions; quand ils sont intéressés, c'est secondairement aux lésions inflammatoires des vaisseaux et du tissu conjonctif. Les modifications histologiques consistent en différents degrés d'inflammation pouvant aller des légères modifications péri-vasculaires à la for-

mation d'abcès destructifs et à la mort progressive du tissu. Il y a d'abord augmentation des cellules conjonctives autour des vaisseaux, puis apparition de cellules lymphoïdes ; addition à ces cellules de gros leucocytes avec apparition granuleuse de collagène et formation de vacuoles dans les cellules conjonctives fixes, enfin augmentation locale de tous ces phénomènes et formation d'un abcès. On trouve les 2 premiers états dans la peau normale avec éruption iodurée. Les 3e et 4e périodes (addition de leucocytes et modification de dégénérescences) sont dues à des troubles locaux de l'équilibre normal entre l'iode combiné dans le sérum et les tissus. Ce trouble est dû lui-même à différents facteurs ; le produit qui en résulte agit comme une toxine qui cause, à son tour, l'irritation des tissus et la production de différents symptômes locaux inflammatoires, le type des symptômes et l'éruption dépendant du caratère de la réaction individuelle à l'inflammation ainsi produite, comme dans tout autre état toxique. Cette théorie est *rationnelle.* Elle exprime rationnellement,chimiquement et mécaniquement tous les symptômes des tumeurs cutanées iodiques et bromiques sans invoquer l'action mystérieuse ou purement théorique du système vaso-moteur. J. M.

VÖRNER : **Exanthème médicamenteux vacciniforme.**(*Derm.Zeitsch.* juin 1908, p. 350.) — Un H., 63 ans, atteint de zona intercostal, après avoir usé de 2 gr. d'acide salicylique et autant d'antipyrine, en six doses, a été atteint d'un exanthème vésiculeux avec prurit violent de la tête, du cou, du dos et des bras ; les vésicules avaient cela de particulier qu'elles étaient ombiliquées et guérissaient en laissant à leur suite des cicatrices aplaties, d'un léger brillant. Les vésicules de zona donnèrent des ulcérations superficiellement nécrotiques qui persistèrent pendant longtemps. Après un nouvel emploi de l'acide salicylique et de l'antipyrine, il apparut à nouveau un eczéma vésiculeux ; mais cette fois, les bulles furent moins nombreuses, mais elles présentèrent la même ombilication et guérirent comme les précédentes. Ces efflorescences rappelaient au début la variole ou la vaccine. Dans les éruptions dues à l'acide salicylique et à l'antipyrine, l'ombilication est rarement observée. Peut-être ici par suite d'une disposition spéciale due au mélange des médicaments, à l'âge du malade, à la coexistence d'un zona gangréneux, les éléments toxiques ont-ils eu une action plus intense sur la peau ?

J. M.

VÖRNER : **Exanthème provoqué par l'huile d'eucalyptus.** (*Derm. Zeitsch.* nov. 1907, p. 678.) — Un artérioscléreux ayant absorbé pendant 2 jours, et plusieurs fois par jour, XX gouttes d'huile d'eucalyptus, présenta des phénomènes d'intoxication (céphalée, sécheresse des muqueuses,etc.),en même temps que des éléments disséminés d'urticaire. En disparaissant, ceux-ci laissaient des taches pigmentées, analogues à celles dues à l'antipyrine. L'éruption ré-

cidiva avec l'usage de la même huile, six autres fois, à un mois d'intervalle. Dans les deux premières poussées, le malade ressentit une forte odeur d'eucalyptus sur la langue. Ce signe manqua dans les quatre dernières. J. M.

ALTÉRATIONS DES CHEVEUX ET ONGLES

Th. Baer : **Hypotrichose familiale congénitale.** (*Archiv f. Dermatologie und Syphilis*, Band 84, Heft 1-3. 1907, p. 15.) — Un grand nombre de cas déjà signalés ont l'inconvénient de présenter une coïncidence d'autres dermatoses ou de ne pas montrer dans l'observation la congénitalité de la maladie. Sur 7 enfants, six furent normaux ; quatre dont trois survivent sont dépourvus de poils. Leur peau ne présente cliniquement aucune modification. B. les place dans la troisième des catégories de Bettmann (trouble dans le renouvellement fœtal des poils), à cause de quelques rares poils constatés aux sourcils et à la moustache. Pellier.

Heller : **Maladies rares des ongles. Trouble trophique après congélation ou maladie de Raynaud ?** (*Derm. Zeitsch.* 1908, p. 630.) — Un cocher alcoolique, âgé de 46 ans, est resté sur son siège de 10 h. du matin à 4 h. du soir, par un froid de 19°, en décembre 1906. Vers 3 heures, les doigts blanchissent graduellement ; puis, ils se couvrent de bulles et au bout d'un mois et demi les ongles tombent. L'année suivante, abcès spontanés de la dernière phalange de deux doigts de la main dr. Chute nouvelle des ongles, élimination de séquestres osseux. En 1908, bulles, puis ulcérations des doigts, douleurs au contact, toujours grande sensibilité au froid. La peau du dos des mains est atrophiée, les doigts sont recourbés, les mouvements difficiles, les ongles sont ou tombés ou altérés dans leur forme, leur coloration ; on y voit de petites hémorrhagies. Pas de syphilis. La maladie a bien des points de ressemblance avec celle de Raynaud (froid, troubles vaso-moteurs suivis de troubles trophiques). Mais ici la peau n'a été que partiellement intéressée, irrégulièrement, aux points congelés, sans rapports définis avec les vaisseaux ou les nerfs. H. conclut à un trouble trophique dû à une irritation aiguë provoquée par le froid chez un individu dont le système vasculaire était déjà lésé depuis longtemps par l'alcoolisme chronique. J. M.

Kapp : **Une nouvelle méthode d'implantation des cheveux.** (*M. f. p. D.* Bd 43, n° 4, p. 169.) — Le procédé est basé sur les expériences de Kromayer sur la substance du poil. K. se sert du couteau creux n° 9, de Kromayer, actionné par un électro-moteur. L'hémorrhagie capillaire arrêtée, il prend un cheveu avec une pince à cils, par l'extrémité libre et l'introduit, racine en avant, dans une des ouvertures faites par le couteau. S'il sent une résistance il s'aide d'un petit bâton en forme de tête de sonde pour introduire et maintenir le poil dans l'orifice. Quand il a implanté ainsi un grand nombre de

cheveux, il recouvre le champ d'opération d'une poudre à pansement, puis d'un morceau de gutta percha, assujetti par une bande de leucoplaste. Bande de mousseline sur le tout. Le 1er pansement reste de 3 à 6 jours au plus. Guérison sans aucun trouble, 80 % des cheveux implantés tiennent,le reste tombe ; souvent la tige du cheveu tombe, mais la racine fait pousser un nouveau cheveu aussi fort que le 1er. Cette méthode, assez difficile à appliquer serait pour l'A. un moyen important à employer pour guérir l'alopécie. Mais il ajoute (et cela se conçoit) qu'elle demanderait beaucoup de patience de la part du malade et du médecin ! Peut-être serait-elle applicable dans les alopécies localisées. J. M.

Kingsbury : **Alopécie congénitale.** (*Journ. of cut. Dis.* sept. 1906, p. 419. — K. a vu 3 cas de cette rare affection, chez 3 sœurs âgées de 10, 8, 5 ans. La coïncidence fréquente des anomalies des poils, ongles, dents, peau, avec les caractères héréditaires de beaucoup des cas, démontre la profondeur des anomalies de certains tissus qui sont d'origine intra-utérine. Le fait que l'épiblaste est seul intéressé parle en faveur d'une affection de cette couche pendant le 1er mois de la vie intra-utérine. Le microscope renseigne peu, dans beaucoup de cas, possibilité d'un arrêt de développement précoce et complet de la couche embryonnaire du follicule pileux ; mais dans d'autres, arrêt complet ou partiel à différentes périodes du développement naturel du cheveu.Etant donnée la grande variabilité des cas individuels, les questions des diagnostic, pronostic et traitement doivent rester plus ou moins obscures. Le diagnostic est généralement assez facile. On exclura la calvitie acquise, principalement celle produite par les rayons X. Le pronostic est lié à l'anamnèse et, à un certain degré,à l'examen microscopique.En général,il est plutôt fâcheux, on a noté cependant quelques cas de guérison (retard de l'évolution normale avec troubles de la dentition). On traitera l'état local ou général, suivant l'indication. J. M.

Vignolo-Lutati : **Nouvelle contribution à l'étude des alopécies expérimentales et thérapeutiques par le thallium.** (*Mon. f. pr. Derm.* 1906, Bd. 46, n° 8.) — En employant l'acétate de thallium à la dose de 20 % en suspension dans la traumaticine, V. a pu provoquer une alopécie transitoire et une alopécie sans phénomènes inflammatoires locaux macroscopiquement visibles et sans intoxication généralisée. Chez l'homme, l'emploi thérapeutique de l'acétate de thallium en pommade à 5 % dans la trichophytie et le favus n'est pas sans danger ; chez 2 personnes au système nerveux hypersensible, il a provoqué des phénomènes généraux toxiques. La durée de la période qui précède la chute des cheveux est en rapport direct avec la concentration de la pommade ; l'alopécie survient toujours quelques jours après la cessation du traitement, elle est le centre d'une action spécifique du poison sur la papille pilaire, qui s'atrophie progressivement. J. M.

ICHTHYOSE

Blaschko : **Considérations sur l'ichthyose.**(*Derm. Zeits.* 1907, déc. p. 752.) — B. a observé, dans un cas d'ichthyose généralisée, des lignes spéciales qui partagent la peau en un système de champs tous plus grands et de directions différentes que les champs cutanés normaux. Les lignes ichthyosiques se distinguent encore des lignes limitantes ordinaires de la peau en ce que la peau n'est pas plissée en dedans, mais bien en dehors, de façon à présenter non pas des plis, des sillons, mais des crêtes. Peut-être la formation de ces grands champs tient-elle à ce que, chez le malade, dans la première année de la vie, la kératinisation a été particulièrement intense, que les lames cornées ont possédé un extraordinaire degré de dureté ; les mouvements ont dû alors aboutir à former de grands champs. Une kératinisation aussi intense qui donne au revêtement cutané externe une raideur spéciale, expliquerait aussi le fait spécial que les parties intermédiaires ne se sont pas plissées en dedans, mais en dehors. Quant aux crêtes, B. ne sait comment les expliquer. Par les rayons de la lumière de la lampe de quartz et des bains très fréquents suivis de frictions à la pommade glycérinée et avec de la glycérine étendue avec parties égales d'eau, B. a obtenu chez son malade d'excellents résultats ; mais ils cessaient avec le traitement. Guérir complètement l'ichthyose paraît impossible, car ce n'est pas une maladie, c'est une difformité du derme. Si l'état ichthyosique ne se montre pas dans les premiers mois de la vie, c'est que les bains quotidiens donnés à cette époque de l'existence empêchent l'accumulation des masses cornées plus dures. Dans le cas actuel, l'ichthyose avait été transmise au malade par sa grand'mère maternelle. Tous les autres membres de la famille en étaient indemnes. Cette hérédité avec saut d'une génération est une preuve du caractère de l'anomalie que l'on doit regarder comme le produit accidentel d'une difformité, comme une variété pathologique de l'espèce humaine. J. M.

Kanoky : **Un cas d'ichthyose acquise.** (*Journ. cut. Dis.*, juin 1908, p. 263.) — Fermier américain, âgé de 23 ans. Pas d'antécédents. Début à 20 ans, par le pli axillaire antérieur droit. La plaque mesure actuellement 12 cm. sur 18. Puis, plaque de 9 cm. sur la partie inférieure du sternum, rudesse du dos des mains, xerodermie de l'abdomen. Pas d'étiologie connue, sauf un peu de nervosisme. Bonne santé habituelle, ni tabès, ni névrite. L'organothérapie jointe aux frictions d'huile d'olives a donné transitoirement de bons résultats. J. M.

Neumann : **Cas d'ichthyose.** (*Mon. f. p. Derm.* 1908, Bd. 46, n° 7, p. 327.) — Il s'agit de 2 cas d'ichthyose folliculaire chez deux sœurs qui prétendent avoir hérité leur maladie de leur mère et d'un cas

d'ichthyose diffuse dont l'étiologie n'est pas démontrable. Dans l'un des cas, on a obtenu une certaine amélioration thérapeutique par des savonnages quotidiens au savon vert suivis de frictions à la lanoline. Il reste à voir si ce résultat sera durable. J. M.

EITNER : **Réaction spéciale d'un morceau de peau ichthyosique greffée.** (*Mon. f. pr. Derm.* Bd. 46, n° 6, p. 271.) — Un garçon de 24 ans, est atteint d'ichthyose. Il y a 10 ans, il a eu au tiers inférieur de la jambe droite un phlegmon qui s'est étendu jusqu'au dos du pied. L'intervention a laissé une lésion ulcéreuse qui tarde à se cicatriser. On fait une greffe de Thiersch avec la peau de la cuisse. La guérison fut rapide. La peau greffée a pris la forme d'ichthyose hystrix, tandis que le reste du corps ne présente que de l'ichthyose à forme nitida. Cette activité du processus est due à la greffe seule ; les cicatrices chez les ichthyosiques ne provoquent pas pareille acuité dans le processus. Il en résulte que l'intensité de l'ichthyose n'est pas constante, qu'elle ne reste pas immuable pendant la vie. On savait déjà cliniquement que le type de l'ichthyose ne restait pas absolument inaltérable. Elle aboutit lentement à l'atrophie, surtout autour des follicules pileux du côté de l'extension des membres. On sait de plus que les masses cornées peuvent s'user par le frottement pour recommencer à paraître, ce qu'on a appelé la mue. On voit que cette marche n'est qu'apparente. L'ichthyose ne paraît plus, d'après le cas actuel, devoir être considérée comme une simple malformation congénitale, car comment expliquer cette exacerbation aux points greffés ? Elle pourrait conserver son intensité comme les nœvi, mais non pas l'accroître. E. interprète cette suractivité du processus par une destruction des glandes de la peau, dans la cicatrice, l'ichthyose paraissant due en grande partie, suivant Brocq, à un trouble fonctionnel des glandes de la peau. Cette hypothèse paraît plus plausible que d'y voir une kératodermie inflammatoire de nature infectieuse ou autotoxique, ou un trouble nerveux. J. M.

ROLLER : **Ichthyose ou acanthose ?** (*Journ. cut. Dis.* juillet 1908, p. 306.) — Il s'agit d'un homme dont l'observation a été publiée en juillet 1907, sous le nom d'ichthyose à la localisation anormale, présentant une figure de teinte foncée, comme si elle avait été longtemps exposée au soleil, semée de nombreux nævi pigmentaires et de verrues. La peau vers les plis internes des paupières inférieures est un peu épaissie, pigmentée autour des yeux ; elle est aussi épaissie aux coins de la bouche. La peau du cou, de la poitrine, de la région péri-ombilicale, les coudes, les faces de flexion des bras, des genoux, les aines, le dos sont fortement pigmentés et épaissis. Elle donne une sensation huileuse élastique ou spongieuse ; les plis naturels sont fortement exagérés, quelques-uns sont fortement fissurés. Ces fissures ne s'exagèrent pas irrégulièrement, il n'y a pas d'excoriations, même au fond des fissures ; les lignes naturelles de la

peau sont conservées, mais plus profondes. La peau présente le type de l'hypertrophie papillaire. Pas de desquamation des couches superficielles, comme dans l'ichthyose. L'A. penche pour le diagnostic d'acanthosis nigricans, et établit le diagnostic différentiel avec l'ichthyose. On sait que l'acanthose présente des formes d'intensité variables. Il faudrait y ranger le cas actuel. J. M.

Russel Boggs: **Quelques remarques sur l'ichthyose. Observation d'un cas de localisation inusitée.** (*Journ. cut. Dis.* 1907, p. 296.) — Des faits généraux relatés par l'auteur, il faut noter que pour lui la xérodermie serait un stade intermédiaire entre la kératose pilaire et l'ichthyose simple. Comme traitement, B. recommande outre les moyens ordinaires, les bains d'air chaud et sulfureux, avec frictions salicylées. B. a vu la maladie survenir à l'âge de 12 ans, attaquant la face, le cou, les creux axillaires, la poitrine, le ventre dont la peau était fortement épaissie et pigmentée, les organes génitaux externes ; les membres inférieurs sont indemnes. Chez le jeune homme, actuellement âgé de 17 ans, la maladie n'a pas été diagnostiquée par beaucoup de confrères qui y voyaient une espèce de teigne. Cette revue générale ne contient pas d'autres faits nouveaux.

J. M.

LUPUS ET TUBERCULOSE CUTANÉE

Beck : **Phtisie pulmonaire et maladies de la peau.** (*Mon. f. pr. Derm.*, 1907, Bd 45, n° 3, p. 125.) — A côté des tuberculides qui dépendent directement de la tuberculose des organes internes au point de vue étiologique, il y a d'autres dermatoses qui n'ont aucun rapport pathogénique avec la tuberculose, mais surviennent cependant souvent chez les tuberculeux dont la peau est plus sensible aux irritants extérieurs que celle des gens bien portants. La plus fréquente est l'acné jointe au pityriasis capitis (séborrhée sèche). Les hommes sont plus fréquemment atteints que les femmes, leur sensibilité cutanée est beaucoup plus grande aux irritants, qu'ils soient parasitaires, physiques ou chimiques, aux troubles nerveux. Dans le 1er groupe des maladies observées, B. range l'acné, l'eczéma, séborrhéique ou non, l'érythrasma, les folliculites, le pityriasis versicolor. Dans le 2e sont : la dermatite artificielle, beaucoup de formes d'eczéma ; tandis que le prurit appartient aux troubles de la sensibilité. Cette plus grande sensibilité chez l'homme est due au plus grand développement des follicules pileux et des glandes sébacées. De plus, la force de résistance est bien moindre, chez l'homme tuberculeux que chez la femme tuberculeuse. Le prurit paraît dû à l'auto-intoxication. La syphilis joue aussi un rôle. Ces données proviennent de statistiques prises de 1902 à 1904, au sanatorium de la reine Elisabeth à Budapesth, où les vraies tuberculoses cutanées (lupus, tub. verruqueuse, etc.) sont exceptionnelles, comme les tuberculides du reste, aussi l'auteur n'en parle-t-il pas.

J. M.

BRUNO BLOCH : **Contribution à l'étude du lupus pénien.** (*Mon. f. pr. Derm.*, 1907, Bd 45, n° 44, p. 177.) — Une femme, âgée de 23 ans, sans antécédents tuberculeux a eu, en 1903, un gonflement de la paupière supérieure gauche. L'année suivante, l'oreille gauche enfla, ainsi que la paupière inférieure, la région sous-orbitaire, la paupière supérieure droite, la racine du nez, des joues, les ganglions sous-mentonniers et rétro-maxillaires. L'entrée du nez se rétrécit et se fissure. En 1906, la muqueuse narinaire s'enfle et s'infiltre ; la paroi postérieure du pharynx montre une infiltration grosse comme une noix qui envahit même le larynx. Ces infiltrats sont composés de cellules épithélioïdes. Des deux côtés du cou, tumeurs dures, profondes à l'angle de la mâchoire, s'étendant le long des gros vaisseaux et du sterno-cleïdo-mastoidien. Au bras et à l'avant-bras série de tumeurs rosées variant de la grosseur d'un haricot, à celle d'une noix. On en trouve aussi à la hauteur de la 12e vertèbre et aux membres inférieurs. Le dos de la main droite est enflé, comme s'il était atteint de spina ventosa ; même enflure au coude gauche, où le périoste est épaissi et la substance osseuse raréfiée. La rate est hypertrophiée. La marche de la maladie est intermittente. Les crises s'accompagnent de fièvre, prostration, sueurs abondantes, douleurs dans les membres, insomnie. Le visage gonfle comme dans l'érysipèle. L'examen du sang montre de l'hyperglobulie et de l'hypergloburémie. Leucocytose abondante. L'examen histologique confirme le diagnostic clinique. Ce cas est intéressant en ce qu'il montre que le lupus pernio peut, dans certains cas, ne pas rester une affection du tégument seul et présenter bien les symptômes d'une maladie générale, attaquant les différents systèmes de l'organisme et notamment altérer profondément la santé générale. J. M.

COHN et OPIFICIUS : **Sur le lupus folliculaire disséminé (lupus miliaire).** (*Archiv für Dermatologie und Syphilis*, XC Band, 3 Heft, p. 339.) — Les deux malades présentent des signes de tuberculose. Les efflorescences tantôt sous-épidermiques tantôt hypodermiques, varient comme dimensions d'une tête d'épingle à une lentille. Leur consistance est d'autant plus molle, leur teinte plus rouge, leur aspect plus gélatineux, qu'elles sont plus superficielles. Histologiquement, les tissus sont comprimés, raréfiés par des nodules d'un infiltrat, dont le centre tend vers la nécrose et où l'on remarque des cellules géantes. On n'a pu y voir de bacilles de Koch. PELLIER.

VON EBERTS : **Inoculation bactérienne dans le traitement des maladies cutanées purulentes et tuberculeuses d'après la méthode de Wright.** (*Journ. cut. Dis.*, déc. 1907, p. 538.) — C. a obtenu en général de bons résultats de cette méthode. Il donne quelques détails importants pour la réussite du traitement . En 1re ligne, sa vaccine bactérienne doit être identique ou très rapprochée de l'organisme, agent causal de la maladie, puis la suspension des bactéries doit être

récemment préparée de cultures de l'organisme homologue datée de six à huit heures. Il faut employer non une solution de sel de cuisine à 0,85 %, qui produit le minimum de phagocytose, mais une solution de 1,5 % pour préparer les suspensions des tubercules, ne commencer les injections qu'avec 100 ou 200 millions de staphylocoques (au lieu des 500 millions du début), et dans la tuberculose avec 1 /2000 à 1 /6000 mgr. de tuberculine. Quand la phase opsonienne négative, qui suit la 1re inoculation, est intense ou étendue, il faut diminuer la dose ; si elle n'arrive pas, ou si la phase positive est seulement peu intense, il faut augmenter la dose ; de plus, le point de l'inoculation a son importance. L'injection sous-cutanée donne de meilleurs résultats que l'injection intraveineuse. W. a eu de brillants résultats en faisant les injections à l'extrémité distale des ganglions lymphatiques les plus voisins du foyer *morbide*, et en évitant de faire ces injections trop souvent au même point. En général on peut établir, suivant Eberts, dans l'acné indurée, l'impétigo, et les infections staphylococciques, surtout dans la furonculose où les résultats sont brillants, que le premier index fixe absolument le pronostic ; si on l'a trouvé las, la vaccination bactérienne sera presque à coup sûr suivie de succès. J. M.

GALEWSKY : **Sur le lupus érythémateux dans l'enfance.** (*Archiv für Dermatologie und Syphilis.* Band 84, Heft, 1-3, 1907, p. 193.) — Le lupus érythémateux est plus fréquent et plus précoce chez l'enfant qu'on ne le croit généralement. A ce moment, l'influence de troubles génitaux ne peut être invoquée. Souvent la tuberculose n'existe ni chez l'enfant, ni chez ses ascendants. Aucun lien entre le lupus érythémateux et les lésions séborrhéiques ou les engelures n'a pu être constaté. PELLIER.

GILCHRIST : **Groupe intéressant de cas d'infections cutanées tuberculeuses et d'un cas qui s'en rapproche.** (*Journ. cut. Dis.* mai 1907, p. 195.) — G. donne les observations suivantes : 1° tuberculose primitive de la plante du pied ; 2° tumeurs tuberculeuses de la peau avec lésions des membres inférieurs simulant l'érythème induré des scrofuleux chez une jeune négresse; 3° un cas étiqueté acné scientifique ou impétigo rodens de Devergie qui est une folliculite staphylogénique suivie d'ulcères et de cicatrices atrophiques. J. M.

GROSSER : **Sur la tuberculose par inoculation.** (*Derm. Zeitschr.*, 1908, p. 491.) — Malade de famille saine, mais ayant toujours été personnellement un peu faible de poitrine, on lui perce les oreilles pour y mettre des boucles d'oreilles provenant d'une femme morte de tuberculose ; inflammation des lobules de l'oreille, qui sont bleuâtres, enflés, infiltrés. Réaction positive à l'injection de tuberculine. L'histologie vient confirmer le diagnostic clinique. L'A. *considère* le cas comme une tuberculose cutanée primitive par inoculation.

J. M.

OTTO KREN: **Sur le lupus érythémateux du bord des lèvres et de la muqueuse buccale.** (*Archiv f. Dermatologie und Syphilis*, Band 83, 1907, p. 13.) — Avec la description de quatre cas et l'examen histologique de deux d'entre eux, K. expose le diagnostic différentiel avec l'eczéma, le lichen plan, la leucoplasie, etc. PELLIER.

KRAUS: **Contribution à la pathogénie et à la clinique du lupus folliculaire disséminé.** (*Mon. f. pr. Derm.* 1907, Bd 45, nº 11). — A propos de deux observations personnelles, K. fait une étude de la question. Il partage au point de vue des lésions vasculaires tuberculeuses qu'il a trouvées pour la première fois, les opinions de Henck et de Schlasberg sur la pénétration des bacilles d'un foyer intérieur dans le sang et les embolies qui en résultent, ce qui explique la rapidité de l'évolution. Les lésions cutanées ne contenaient pas de bacilles et les inoculations aux animaux (cobaye, lapin) sont restées négatives. Les injections de tuberculine donneraient de bons résultats, la cicatrisation s'étant produite dans un des cas en six mois. Delbanco avait déjà noté le fait. J. M.

MIBELLI : **Tuberculose miliaire disséminée du cuir chevelu.** (*Mon. f. pr. Derm.* 1907, Bd 44, nº 3, p. 1.) — Il s'agit d'une femme de 63 ans, très amaigrie, faible, sans fièvre, ni guère de toux, quoique manifestement tuberculeuse. Les cheveux, châtains, sont assez courts, le cuir chevelu porte une vingtaine de foyers croûteux disséminés, plus nombreux dans le voisinage du front et sur le vertex. Chaque foyer consiste en une croûte jaune-verdâtre molle ou humide où les cheveux sont agglutinés. Pas trace de parasites animaux. Au bras droit, près du coude, ulcération de 2 cm. de longueur, 1 de large, peu infiltrée. Au cuir chevelu, les ulcérations superficielles ont de 1 m. 5 à 1 cm. de diamètre. Ils consistent au début en une petite élevure avec croûte centrale ou surface suintante. Les plus grands foyers sont des pertes de substance superficielle qui pénètrent jusqu'au derme, de forme irrégulière, à bords nets mais sinueux, à fond lisse, verdâtre, secrétant un liquide séro-fibrineux bientôt desséché. Par places, plaques de calvitie, dernier terme de la lésion. Antécédents héréditaires tuberculeux. Les lésions ont commencé à la peau en 1903, et il y a 3 mois seulement au cuir chevelu. Mort de tuberculose généralisée (poumons, péritoine, intestins). L'examen histologique démontre la nature tuberculeuse de l'ulcération des bras et du cuir chevelu, avec bacilles plus ou moins nombreux (tuberculose miliaire), la 1re plus ancienne, la 2e survenue sous forme d'impétigo péripilaire, d'ostéo-folliculite suppurée, avec tubercules miliaires nombreux disséminés dans les différentes couches de l'hypoderme. Pas de bacilles dans les vaisseaux ; on les trouve surtout dans les glandes glomérulaires, et dans les points où le tissu désorganisé a perdu tout caractère histologique de structure tuberculeuse, ce qui confirme ce que la pathologie générale a déjà appris. L'A. termine

son article par des considérations sur le rôle et l'importance du b
cille dans la tuberculose cutanée. J. M.

WOLTERS-KÖRNER : **Sur la guérison d'un cas de tuberculose ascendante primitive des muqueuses des voies respiratoires supérieures par l'iode et le mercure.** (*Derm. Zeitsch*, 1907, n° 9.) — Dans un cas de tuberculose primitive du gosier et du larynx, diagnostiqué cliniquement et microscopiquement, confirmé par la démonstration de bacilles tuberculeux dans le tissu épiglottique et par l'inoculation aux animaux, Körner a obtenu la guérison par l'emploi de l'iodure de potassium et les injections de salicylate de mercure sans traitement local. Ce cas montre une fois de plus que mercure et iode ne sont pas des spécifiques de la syphilis et qu'ils peuvent guérir la tuberculose ascendante des voies respiratoires. La cicatrisation des ulcérations obtenue à la suite du traitement par l'iode et le mercure n'est pas une preuve de la nature syph. du processus et les cicatrices rayonnées du palais, du pharynx ou du larynx peuvent avoir une origine aussi bien tuberculeuse que syphilitique; mais d'autres études sont nécessaires pour savoir si la tuberculose primitive ascendante des voies respiratoires supérieures peut seule être guérie par le mercure et l'iode ou si d'autres formes, peut-être avec d'autres méthodes d'application, ne réagiraient pas également à l'action de ces médicaments. J. M.

THÉRAPEUTIQUE — AGENTS PHYSIQUES

J. BAUM : **Sur l'électrophorèse** (*Archiv f. Dermatologie und Syphilis*. Band 84, Heft 1-3, 1907, p. 35.) — La pénétration médicamenteuse peut se produire dans les deux sens. Il sera donc utile, en dermatologie, de connaître pour chaque corps le pôle actif. L'action en profondeur est très limitée. Le médicament ne reste pas fixé entre les deux pôles, mais dès sa pénétration sous-cutanée est entraîné dans la circulation. Son rôle sera donc limité à remplacer les onctions médicamenteuses. PELLIER.

FOX : **Le régime en tant que moyen thérapeutique dans les maladies de la peau.** (*Journ. cut. Dis.* 1907, p. 152.) — Un régime régulier est des plus importants dans toutes les maladies de la peau. Si le régime ne peut guérir à lui seul le lupus, la syphilis, les tumeurs malignes, il améliore à coup sûr l'état général et les phénomènes locaux. Les malades en général mangent trop ; ceci, joint à la sédentarité, engendre beaucoup d'affections inflammatoires de la peau. Les psoriasiques abusent, en général, du régime carné qui augmente la congestion. Modifier le régime alimentaire a toujours beaucoup d'avantages, même quand on passe d'un régime chimiquement bon, à un régime regardé comme moins favorable. Le sucre, les aliments riches en farine, sont souvent défendus à tort aux ma-

lades atteints d'affections cutanées. Quand on n'en fait pas un usage excessif, ils n'ont jamais aggravé une acné, ou une autre maladie de la peau. Il en est de même pour le poisson, qui, mangé frais, peut avoir son utilité. C'est peut-être moins l'espèce d'aliments que le mode de préparation et la façon de se nourrir. Le fait de manger trop vite, à des heures irrégulières, discuter avec trop d'animation pendant les repas, cause bien des affections inflammatoires de la peau. Outre le régime, il ne faut pas négliger l'exercice corporel et les bains froids,qui sont d'importants adjuvants de la thérapeutique cutanée. J. M.

HEIDINGSFELD: **L'arsenic dans le pityriasis rubra pilaire (Devergie)** (*Journ. of cut. Dis.*, août 1906, p. 371.) — La majorité des dermatologistes attribuent une entité morbide à la maladie de Devergie, mais quelques-uns l'identifient au lichen rubra acuminé (Kaposi). Comme le lichen plan et le lichen verruqueux, le lichen rubra acuminé est favorablement influencé par l'arsenic sous toutes ses formes tandis que le pityriasis rubra pilaire ne le serait pas. Dans 3 cas l'arsenic donné à l'intérieur et sous forme d'injections hypodermiques d'arséniate de soude n'a pas réussi ; mais il a donné de bons résultats sous forme d'injections hypodermiques d atoxyl et même d'acide cacodylique, quoique l'action de ce dernier ait été moindre. Le pityriasis rubra pilaire différerait donc du lichen rubra accuminé tant au point de vue clinique que thérapeutique. C'est une folliculite dont la lésion principale est une kératose intra-folliculaire. Les muscles arrecteurs des poils sont constamment hypertrophiés, ce qui concorde avec les symptômes cliniques (peau ansérine, etc.). J. M.

HERN-HESSE : **Recherches expérimentales et cliniques sur les effets de la lumière ultra-violette (lumière de la lampe de quartz).** (*Derm. Zeits.*, 1907, nº 8.) — La nouvelle lampe à quartz, recommandée par Kromayer, repose sur le même principe que la lampe à uviol, mais elle est plus maniable et comme quantité, rend plus de service que la lampe à uviol. L'effet des rayons à distance est la même dans les deux lampes ; pourtant l'érythème avec formation consécutive de bulles et desquamation ou surélevement de l'épiderme est plus rapide avec la lampe à quarz qu'avec la lampe à uviol. On peut employer la lampe à quartz à une distance de 10 m. dans toutes les affections où l'on se sert de la lampe à uviol (eczémas chroniques, séborrhéiques surtout, psoriasis, trichophytie, sycosis non parasitaire, alopécie, acné, ulcères) ; à une moindre distance,il surviendrait une réaction trop active. On tiendra compte aussi de la réaction individuelle. Si on fait agir la lumière de la lampe à quartz sans éloignement, avec compression plus ou moins forte, il survient de la nécrose des parties superficielles; on peut l'employer pour le traitement des télangiectasies, nævi, petites tumeurs, épithéliomas

superficiels, ulcérations variées. Pour le traitement du lupus, méthode Finsen vaut mieux, parce que la lampe à quartz n'a pas assez profondément. Elle provoque assez fréquemment des d. leurs et des infections secondaires dans les tissus irrités, enflamm ou nécrosés ; les cicatrices sont dures, on ne peut donc l'emploi pour le lupus du visage. Des séances répétées de 3 à 5 minut provoquent une réaction. On peut user de ce moyen de traitem dans certains cas de lupus où la cicatrisation n'a pas besoin d'ê soumise à une lumière plus intense. J. M.

HESSE : **Phénomènes d'intoxication après l'emploi de pâte de zinc soufrée.** (*Derm. Zeitsch.* 1907, p. 111.) — Enfant de 2 mois atte d'eczéma à la suite d'application de pâte soufrée. Perte d'appé vomissements, fièvre, les phénomènes diminuèrent avec l'eczém mais se reproduisaient à chaque nouvelle application de soufre. L pâte était normalement préparée, d'autres enfants n'en ayant ét nullement incommodés; ce fait a une certaine importance pratiqu au point de vue du traitement. Peut-être les cas de mort survenu dans l'eczéma des enfants, doivent-ils être attribués au moins en partie, à une intoxication par le soufre. J. M.

KROMAYER : **Les expériences exécutées jusqu'à ce jour avec la lampe de quartz**(*M. f. p. D.*, 1908, Bd 45, nº 1, p. 20.)— K. résume les ex périences effectuées en surface, en profondeur, compare la lamp de quartz avec celle de Finsen-Reyn. Il en déduit ses indicati Parmi les nombreuses affections soignées par ce mode de tr ment, figurent au premier plan : le lupus vulgaire, les télangiecta sies (nævus vasculaire) et la pelade. Dans le lupus, elle réussit par fois, où d'autres traitements échouent. Elle réussit seule dans les nævi étendus; elle est très commode à employer contre la pelade. Kromayer étend du reste son emploi à l'eczéma, au psoriasis, aux ulcères de jambes, aux cicatrices hypertrophiques, prurigo, prurit, vitiligo et pigmentations. J. M.

KROMAYER : **Nouvelles expériences sur la lumière blanche et bleue de la lampe de quartz.** (*Journ. of cut. Dis.* juin 1908, p. 257.) — Cette méthode est surtout indiquée dans le lupus vulgaire, les té langiectasies (nævus vasculaire) et la pelade. Le présent travail n'est que le complément de ceux précédemment parus dans la *Dermatol. Zeitsch.* de 1907. J. M.

LAWRENCE : **Bains de rayons X et dermametropathisme.**(*Journ. cut. Dis.* juin 1908, p. 247.) — L'A. appelle bains de rayons X une méthode d'appliquer ces rayons, de façon que la peau du corps en tier puisse être exposée aux rayons en même temps. Il y a 6 tubes reliés à 6 bobines séparées, indépendantes, on peut employer deux bobines avec un seul courant primaire. L'accouplement en séries ne

donne pas de bons résultats. Le malade est debout, ayant 3 tubes de chaque côté, à 20 pouces de chaque tube. Il a 4 expositions de 3 minutes chacune, faisant successivement face au nord, au sud, à l'est et à l'ouest, ce qui permet de mieux doser les rayons. Le malade, déshabillé, est enveloppé dans une chemise blanche. Un masque fait d'une feuille de plomb protège sa tête, les organes génitaux sont protégés de même. Il devrait se tenir dans une cage de roseaux, une infirmière à côté de lui, pour le faire tourner après chaque exposition de 3 minutes. L'opérateur est derrière abrité par une fenêtre de verre, ainsi que l'infirmière. Pour les enfants, on n'emploie que 4 tubes. Il vaut mieux donner plusieurs expositions faibles, qu'une forte et attendre les résultats ; on gagne du temps. La méthode demande beaucoup de prudence. Indications: mycosis fongoïde, eczéma, psoriasis, urticaire chimique, prurit. Le néologisme de dermamétropathisme, créé par l'A., désigne un système de mensuration des maladies de la peau, basé sur les résultats de la pression faite sur la peau avec un instrument mousse, comme un manche de plume, le même instrument étant employé avec la même pression, pour pouvoir établir des comparaisons. L. prétend que les marques obtenues ainsi sur la peau permettent de pronostiquer la chronicité de la maladie, avertissent des rechutes, expliquent l'exagération des symptômes chez certains individus, indiquent le traitement approprié suivant les cas. Indications : acné, eczéma, hyperidrose, urticaire pigmentée, dermatite aiguë, adénites, sclérodermie, morphée. J. M.

MAYER : **Les pommades de zincperhydrol en dermatologie.** (*Derm. Zeit.*, 1908, p. 341.) — Le zincperhydrol est une combinaison chimique d'oxyde de zinc et d'eau oxygénée pure présentée sous forme de pommade, on l'emploiera dans les processus aigus. S'il existe déjà des infiltrats, on complète le traitement par le goudron. Le traitement n'est pas irritant. J. M.

MIBELLI : **Sur la préparation des bains, lotions,compresses avec l'émulsion d'huile de cade et d'anthrasol.** (*Mon. f. pr. Derm.* Bd 43, n° 1, p. 27.) — L'A. recommande la formule suivante : huile de cade 67 gr. colophane 11,10;solution de carbonate desoude à 20°; Baumé 21, 90;fondre la colophane dans l'huile de cade vers 100° c. bien mêler, verser en remuant le sel de soude pendant que le mélange est encore chaud (de 60 à 70° C). La sol. de carbonate de soude de densité 20° B. doit contenir 14.37 % de soude caustique. Le liquide obtenu doit avoir un aspect homogène brillant, ne pas être trouble et ne former aucun dépôt. En laissant tomber quelques gouttes de ce mélange dans un vase rempli d'eau, il doit se mélanger spontanément avec la masse liquide et il suffit de remuer légèrement pour avoir un mélange homogène inaltérable. Si l'on veut employer l'anthrasol au lieu de l'huile de cade, il faut augmenter la dose de

colophane et employer une solution de soude à 26° B. conten-
19 % de soude caustique. La formule est alors : anthrasol, 25, c
phane 10, solution de soude caustique à 26 ° B (= 19 %), env
4 gr. J. M.

Fr. Nagelschmidt : **Sur le bleu de méthylène.** (*Archiv für D matologie und Syphilis.* Band 84, Heft 1-3, 1907, p. 445.) — S bleu de méthylène est peu bactéricide *in vitro*, il agit comme tel les blessures, ulcérations. On peut l'employer dans le chancre m où L. considère son action comme presque spécifique; sur les pl opératoires en des points où une antisepsie rigoureuse est imp ble, et en solutions fortes (5 à 10 %) dans les stades chroniques la blennorrhagie. Pellier.

Pinkus-Unna : **Les poudres non adhérentes (Gleitpuder) en der matologie.** (*M. f. p. D.*, 1908, Bd 47, n° 7, p. 341.) — *Conclusi pratiques.* — Ces poudres n'agissent pas entre les plis cutanés raison de leur faible densité ou de la forme des composants. Le effet dépend bien plus de leur tendance à former des revêtements formes, d'une seule couche, contrairement aux poudres employ jusqu'ici qui forment grumeaux. Elles conviennent tout spécia ment, en les colorant convenablement, aux parties découvertes corps (visage, cou, mains). Réunies aux graisses contenant beau d'eau et peu de graisse, ces poudres, colorées suivant la teinte d peau, donnent des pâtes desséchantes, non brillantes, que leur plicité permet d'employer journellement sous forme de pâtes parties du corps découvertes. Pour le détail des formules, con le travail original. J. M.

Jay Frank-Schamberg, Nathaniel Gildersleeve et Har Shœmaker.—**Injections bactériennes dans le traitement des maladies de la peau.** (*Journ. cut. Dis.* déc. 1907, p. 544.) — Les auteurs d nent un résumé de tous les cas traités par cette méthode. La fr quence et le dosage des inoculations ont été fixés dans quelques c d'après l'index opsonien, et dans d'autres, d'après les phénom nes cliniques ; les résultats ont paru meilleurs avec le prem procédé. Il s'agissait de 9 cas de sycosis vulgaire, dont un a été com plètement guéri, 2 pas améliorés ; 4 cas d'acné vulgaire qui ont tous presque guéris, 3 de furonculose (en partie guéris, en partie am liorés) de psoriasis et de lupus érythémateux (résultat indéterm Il est résulté de ces expériences que la méthode donne des résulta favorables plus constants dans la furonculose que dans les autr maladies de la peau. A mentionner encore que dans la plupart de injections on a employé des cultures autogènes, c'est-à-dire prove nant des affections mêmes du malade ; les résultats étaient év demment meilleurs qu'avec l'emploi d'émulsions bactériennes d férentes. Même méthode que celle employée par Wright. Descr tion de quelques cas traités par le sérum seul sans traitement lo

ou général. On peut aussi combiner avantageusement à d'autres méthodes, comme la radiothérapie, l'hyperémie par stase ou la photothérapie. J. M.

STELWAGON: **Le régime, facteur étiologique des maladies de la peau.** (*J. C. D.* 1907, p. 147.) — En première ligne, vient l'idiosyncrasie de beaucoup de gens pour certains aliments (fraises, écrevisses, etc.), qui peuvent provoquer l'urticaire, l'érythéme, etc. Puis viennent le défaut ou l'excès de nourriture qui causent, au moins la dernière, beaucoup d'eczémas aussi bien chez le petit enfant que chez l'adulte. A ce point de vue, l'usage trop fréquent de la viande est particulièrement nuisible. Puis viennent, tous les cas dus aux auto-intoxications alimentaires. Beaucoup d'érythèmes, survenant après avoir mangé du porc, des huîtres, du poisson, sont plutôt dus au manque de fraîcheur ou de bonne qualité de ces aliments qu'à une véritable idiosyncrasie. Les moyens chimiques employés dans la conservation des aliments(ac. borique, salicylique, nitrate de potasse, formaldéhyde, etc.) peuvent avoir aussi leur importance au point de vue étiologique autant au moins que l'aliment incriminé. J. M.

WINKLER: **Etudes sur la pénétrabilité de la lumière dans la peau** (*Mon. f. pr. Derm.*, 1er nov. 1908, vol. 47, nº 9, p. 445.) — Il existe plusieurs méthodes d'examens. L'examen optique avec l'œil est le mode le plus simple et le plus anciennement connu (hydrocèle). L'examen au spectroscope a donné des résultats contradictoires. Un 2e groupe de méthodes comprend la recherche de la fluorescence au moyen de papier ou de plaques photographiques, et les mesures chimiques. Enfin, on a cherché à savoir si les rayons lumineux, après passage à travers une couche de tissu, possédaient encore un effet bactéricide et inflammatoire. Les recherches spectroscopiques demandent la plus grande intensité possible. Les rayons ultra-violets ne pénètrent pas ; il n'y a pas d'effet de pénétration avec quelque source de lumière ultra-violette que ce soit. On ne peut obtenir d'effets thérapeutiques profonds qu'avec la lumière bleue. Les différents modes de production d'anémie de la peau (chloréthyle, éosine, quinine, solution de Schleich) ne diminuent pas l'impénétrabilité de la peau à l'ultra-violet. Il est donc inutile d'essayer de déplacer le sang dans l'espoir d'obtenir une action en profondeur. L'action thérapeutique des lumières, verte, jaune, rouge, est exceptionnelle. J. M.

WINKLER : **Etudes expérimentales sur l'influence du traitement électrostatique sur les vasomoteurs de la peau.** (*Mon. f. pr. Derm.*, 1907, Bd. 45, nº 2, p. 63.) — Le point atteint par l'étincelle devient pâle, puis s'hyperémie au bout d'un certain temps. Chez les personnes sensibles, il y a exsudation liquide et formation d'une bulle. Il peut même se produire du dermographisme. Cette action sur les

vaso-moteurs de la franklinisation se voit bien sur la mem natatoire de la grenouille et sur l'oreille du lapin. La franklin peut diminuer l'hyperémie artérielle provoquée par l'inhalatio nitrite d'amyle. Elle agit aussi sur l'hyperémie veineuse. La tion du sympathique montre qu'il s'agit d'une *irritation* dir des vaso-constricteurs. La franklinisation n'agit que sur les v constricteurs. On la voit aussi dans la vaso-dilatation provoq par une ligature élastique. Le point soumis à l'étincelle se contr au bout d'une minute, tandis que le calibre du vaisseau ne su aucune modification ni au-dessus, ni au-dessous. Ce pouvoir c tricteur se voit aussi dans les irritations inflammatoires (l'huile croton). L'étincelle de Morton agit comme la *franklinisation*, m elle laisse de l'hyperémie. Dans l'arsonvalisation, les phénom sont inverses. Les électrodes de verre produisent une vaso-c triction, tandis que dans l'arsonvalisation, après une vaso-c triction, très courte, il survient une forte vaso-dilatation av extravasation sanguine. Le traitement *électrostatique* n'agit dans l'asphyxie locale, les engelures, l'urticaire. Il est ind dans les érythèmes, la séborrhée congestive. A la suite des rayon les hyperémies par engorgement, rougeurs du nez, des oreilles zona, le pemphigus, les dermites exfoliatrices, s'accompagnant faiblesse des vaso-moteurs, contre-indiquent ce traitement. *On* commandera au contraire dans tous les œdèmes inflammat l'hyperémie inflammatoire, les affections exsudatives (*eczéma* impétigo, érythème polymorphe et ses variétés). Le furonc heureusement traité par la franklinisation. L'arsonvalisation indiquée que dans l'urticaire, les engelures, l'eczéma lichén sycosis, le zona, le lupus érythémateux, l'acné variolifor faut améliorer la nutrition du tissu morbide. La *mortonisation* indiquée que dans les chéloïdes, les cicatrices hypertrophiqu la sclérodermie J. M.

WINKLER : **Combinaison du traitement Rœntgen avec la frank sation dans le traitement du lupus vulgaire.** (*Mon. f. pr. Derm.* Bd. 45, nº 6, p. 239.) — L'A. a employé les deux méthodes dan même cas. Il conclut que la destruction des nodules lupiques p les rayons Rœntgen vaut mieux que le morcellement molécula par l'étincelle, qu'elle provienne d'une machine à franklinisation d'un appareil à haute fréquence. Le traitement électrostatique p amener une prompte guérison des pertes de substance. La combina son des deux procédés est simple et commode. Cette *méthode* est à recommander. J. M.

THÉRAPEUTIQUE, PRESCRIPTIONS ET FORMULES

Traitement des varices

(A. ROBIN.)

La peau des variqueux, un peu indurée, est le siège de deux ordres de douleurs, spontanées et provoquées. Les premières consistent en fourmillements, pesanteurs, crampes, lourdeurs, sensations de lassitude ; les secondes, en points endoloris aux condyles internes des fémurs, au niveau des tendons de la patte d'oie, au-dessus du mollet, en arrière des creux poplités, à la région malléolaire, où existe un bourrelet plus ou moins débordant, plus ou moins mou avec des varicosités superficielles sur le trajet de la saphène interne et de la crurale et sur les régions dorsales inférieures et sacro-lombaires, qui sont aussi le siège de tiraillements.

1° Il faut diminuer la dilatation veineuse ou l'empêcher d'augmenter.

2° Atténuer les symptômes ;

3° Eviter les complications plus graves, dont la rupture variqueuse et l'induration éléphantiasique de la peau sont les incidents precurseurs.

Hygiène.— Il n'y a pour les variqueux que deux situations : ou marcher, ou avoir les jambes allongées ; pas de station debout ; pas assis les jambes pliées ; pas de jarretières mais des jarretelles ; pas de corset serré ; extrême propreté des téguments ; régularité des fonctions intestinales.

Régime. — Diminuer fortement dans l'alimentation la quantité des aliments animaux (de la viande en particulier), des aliments excitants tels que : sauces, épices, moutarde, charcuterie, foie gras, rognons, foie de veau, ris de veau, gibier, fromage, salade homard, écrevisses, langouste, salaisons, truffes, champignons.

Supprimer le vin, les boissons alcooliques, le champagne, le café. Le *thé* est permis mais *très léger*.

Pendant des mois, prendre tous les matins dans un peu d'eau VI gouttes de :

Teint. d'hamamelis virginica }
Teint. de viburnum prunifolium........................ } àâ 6 gr.
Teint. de chardon-marie.... }

Mêlez et filtrez.

La continuité de la dose est préférable à l'intensité, qui pourrait produire en peu de temps des troubles gastriques.

Pour diminuer le processus sclérosant, prendre tous les jours matin et soir, une pilule de 0 gr.05 à 0 gr.10 *d'iodure de potassium*.

Compléter la médication par un traitement local qui est ici très important par :

L'enveloppement humide du membre malade par des compresses imprégnées *d'eau de Goulard* laissées à demeure toute la nuit avec taffetas gommé.

Ouate et bande de flanelle pardessus.

Ou des onctions faites tous les soirs sur la région malade avec :

Iodure de potassium	4 gr.
Ergotine Bonjean	3 gr.
Extrait de noix vomique ..	1 gr.
Axonge benzoïnée........	30 gr.

F. s. a. une pommade.

L'iodure de potassium agit ici comme résolutif ; l'extrait de noix vomique excite l'innervation : l'ergotine a une action directe sur la musculature veineuse.

Porter des bas à varices. Une bande Velpeau que l'on peut faire monter au-dessus du genou est souvent à préférer.

On peut, quand il n'y a plus de douleurs, faire un peu de massage, mais celui-ci sera superficiel, pratiqué non avec la pulpe des doigts mais avec la paume de la main et ne devra pas écraser les corps durs qui sont des veines atteintes de périphlébite. Le but du massage doit

être de stimuler la circulation périphérique et de décharger la circulation veineuse. Il sera d'autant plus efficace qu'il sera pratiqué après un séjour d'une demi-heure environ dans un bain où l'on aura préalablement mis un sac de son et un rouleau de *sels naturels* ou *artificiels de Bagnoles*.

Comme *complications* des varices :

Ruptures dans l'épaisseur des tissus, justiciables de repos, compression ouatée, pansement gélatine, perchlorure de fer, antipyrine.

Eczéma, dermite seront traités par l'enveloppement avec des compresses imprégnées de :

Silicate de soude.......	1 à 2 gr.
Eau distillée............	100 gr.

Mêlez.

Ou par lotions simples avec ce même liquide et applications très superficielles, après dessiccation, de *baume du Commandeur*.

Ulcère variqueux. — Pansement à la liqueur de Labarraque, bandelettes imbriquées de diachylon.

Phlébites. — Applications de collargol s'il y a inflammation. Celle-ci disparue, applications légères de :

Teinture d'iode..........	10 gr.
Laudanum de Sydenham..	5 gr.

Mêlez, usage externe.

Ici la teinture d'iode ne fait pas révulsion, elle s'absorbe et favorise la résolution du caillot. Par son mélange au laudanum, elle perd ses propriétés irritantes.

Faire en saison une cure à Bagnoles-de-l'Orne : Grande Source en bains ; Petite Source ou des fées, des dames, en boisson.

Ou encore Luxeuil, Plombières, Néris, Bagnères de-Bigorre, Ussat dans l'Ariège.

Pas d'eaux sulfureuses. (*B. général de Ther.*, 30 août 1908).

Traitement de la blennorragie aiguë

(Rajat)

Voici les règles thérapeutiques conseillées en ce cas par le docteur Rajat (de Vichy) :

Pendant les vingt premiers jours, dit-il, j'ordonne au malade le repos, le port d'un suspensoir, la continence absolue et un régime sévère, ni bière, ni alcool, ni mets irritants.

Je prescris de grands bains prolongés, des lavages externes fréquents et des bains de la verge. Je délaye l'urine en donnant des diurétiques et des antiseptiques, de façon à la rendre moins irritante : salicylate de soude, 2 gr.50 ; salol, 1 gramme ; urotropine, 1 gramme par jour ; enfin si la douleur à la miction ou à l'érection est trop violente, je fais prendre des narcotiques : camphre, bromure, opium.

Après trois semaines, quand le malade urine sans douleur, lorsque les érections sont indolores et que l'écoulement, moins abondant, est devenu blanc, j'ordonne des injections antiseptiques : permanganate de potasse à 0,25 pour 1,000.

Au bout d'une dizaine de jours, l'écoulement a presque disparu et on ne trouve pas de gonocoques dans la petite goutte matinale ; je prescris alors l'opiat, qui est la préparation la plus active, à mon avis : quatre boulettes, de la grosseur d'une noisette, à chacun des deux repas. Si le malade ne peut pas prendre ces médicaments sous cette forme, je conseille le santal sous forme de suppositoire ou des capsules de copahu ou encore de l'arrhéol, etc.

Après quinze jours d'emploi des balsamiques, il n'y a généralement plus de goutte ; toutefois, il est prudent et même sage de continuer l'usage du médicament une huitaine de jours en diminuant progressivement la dose.

Si, malgré cela, il reste encore un petit suintement, j'administre quelques infections astringentes avec du tanin, de la résorcine ou du sulfate de zinc.

Enfin, comme derniers conseils, il est prudent de recommander au malade, à la fin du traitement, encore quelques jours d'abstention du coït pour éviter une rechute possible.

Grâce à ce traitement, si le malade le fait consciencieusement et ne fait pas d'écarts, on obtient une guérison certaine et définitive en cinq semaines en moyenne, en huit semaines au maximum.

Sur l'absorption des onguents

(SUTTON)

M. Sutton conclut de ses nombreuses expériences que, de tous les excipients pour onguents, celui qui s'absorbe le plus rapidement par la peau est l'axonge, pure ou benzoïnée. La vaseline ne pénètre guère sans frictions énergiques. La lanoline pure s'absorbe très lentement ; sa pénétration est très accélérée si on la mélange à de l'huile d'olive.

Quelle que soit la composition de l'onguent, l'addition d'une petite quantité d'huile de cèdre (libanol) augmente considérablement la rapidité de l'absorption. (*British med. Journal*, 1908, 23 mai, p. 1225 *et ibidem*.)

Pilules antisyphilitiques

(GUIARD)

Extrait thébaïque.........	2 gr.
Glycérine.................	5 gr.
Gluten finement pulvérisé	15 gr.
Sublimé..................	2 gr.
Chlorure de sodium	2 gr.
Eau......................	6 gr.

Dissoudre l'extrait thébaïque dans la glycérine, ajouter le gluten, puis la solution de sublimé et de chlorure de sodium et faire 200 pilules. (*Ann. de Thér. d. et S.* n° 22, 20 nov. 1908.)

Pulvérisations sur les plaques d'urticaire

(O. MARTIN)

Menthol..............	10 gr.
Chloroforme.......... }	
Ether sulfurique...... }	àâ 30 gr.
Alcool camphré........ }	

M. S. A. (*Ann. de Thér. d. et S.*, n° 22, 20 nov. 1908.)

Traitement de l'acné hypertrophique du nez

(SABOURAUD)

Masser chaque jour le nez pour faire sortir la matière sébacée. Après le massage, rincer et, pendant la nuit, appliquer la pommade :

Eau de roses.............	30 gr.
Liqueur d'Hoffmann......	60 gr.
Soufre précipité..........	10 gr.

(*Bull. génér. de Thér.* 23 nov. 1908.)

Contre les engelures ulcérées

(MALCOM MORRIS.)

Badigeonner de teinture de benjoin et faire un pansement avec :

Oxyde de zinc...........	28 gr.
Lanoline................	4 gr.
Huile d'olive............	30 gr.
Eau de chaux...........	30 gr.

(*Ibid.*)

Pommade contre le psoriasis

Huile de Cade............	80 gr.
Talc.....................	20 gr.
Poudre d'oxyde de zinc ..	100 gr.

Cette pommade ne salit pas le linge comme l'huile de Cade : de plus, son adhérence à la peau permet de n'en renouveler l'application que tous les 2 jours. (*Ibid.*)

Traitement de la leucorrhée des jeunes filles.

(MARTINET)

Depuis longtemps, nous savons que la leucorrhée des jeunes filles est le plus ordinairement sous la dépendance d'un état général, du lymphatisme ou, plus souvent peut-être, de l'anémie.

M. Martinet conseille, pour traiter cette affection, de s'adresser à la fois au traitement local et au traitement général. Donc, on traitera :

I. — *L'affection locale* :

1° Par des *bains de sièges* astringents, biquotidiens, à l'eau de feuilles de noyer (50 grammes de feuilles pour un litre d'eau).

2° Par des *lavages externes* astringents quotidiens ou biquotidiens préparés suivant cette formule :

Alun .... }	àâ 5 gr.
Sulfate de zinc .... }	
Eau....................	1 litre.

Habituellement, ce traitement suffira pour obtenir la guérison. Dans le cas contraire, on fera des injections vaginales à l'aide d'une poire à canule fine avec la solution de permanganate de potasse à 5 pour 300 dont on mettra une cuillerée à soupe dans un litre d'eau bouillie.

3° Des cautérisations des grandes lèvres et du vestibule, avec une solution de nitrate d'argent au cin-

TRAITEMENT DE DIVERSES FORMES D'ACNÉ. — *Acné ponctuée* : extraire le comédon par la pression des ongles, laver au savon de soude, ou, avec précaution, au savon noir.

Acné pustuleuse : une cuillerée à café de levure de bière avant chaque repas ; pulvérisation d'eau bouillie matin et soir pendant vingt minutes. Si ce traitement ne réussit pas, ouvrir les pustules avec un scarificateur flambé ou avec la pointe fine du galvano-cautère.

Acné hypertrophique : cette forme est justiciable d'un traitement chirurgical ; il faut décortiquer les tissus malades

Acné chéloïdienne : son trai ement est encore incertain. Les scarifications en quadrillage sont parfois salutaires, mais si l'amélioration tarde, on doit les suspendre. Les chéloïdes se résorbant parfois spontanément, quand elles ne sont pas irritées, il faut se contenter de les protéger par un *emplâtre à l'oxyde de zinc*, à l'exclusion des emplâtres de Vigo ou de Vidal qui sont irritants. (*Bull. gén de Thér.* 8 nov. 1908.)

Traitement du prurit vulvaire

(DALCHÉ)

Les lotions au sublimé à 1 p. 100 produisent quelquefois un effet inespéré, mais les solutions phéniquées et thymolées sont d'une efficacité plus certaine, à condition qu'elles soient à un titre assez élevé. Dans quelques cas, ces lotions ne suffisent pas : il faut faire des pansements humides et longtemps continués ; en ce cas il est nécessaire de se servir de solutions très faibles.

On peut aussi employer la pommade suivante :

Menthol		0 gr. 05
Gaiacol	0.10 à	0 gr. 30
Oxyde de zinc		10 gr.
Vaseline		30 gr.

On peut faire des badigeonnages avec de la teinture d'aloès.

On peut conseiller le baume du Commandeur ou employer la poudre suivante :

Poudre d'orthoforme	āā P. E.
Poudre d'iodoforme	āā P. E.
Poudre de talc	āā P. E.

On a aussi, dans certains cas, de bons résultats avec la pommade à l'ichtyol au 1/10ᵉ.

Bien entendu, il faut soigner la lésion locale quand il en existe une Il faut aussi traiter l'état général : instituer un régime d'où on exclura les condiments, le gibier, les salaisons, le poisson de mer.

L'hydrothérapie rendra aussi des services. On donnera des bains de siège à eau courante et tempérée, des douches longues à jet modérée comme température et impulsion

Enfin, dans quelques cas, on tirera grand avantage du traitement électrique. (*Rev. Int. de méd. et de chir. et Rev. de Thér. méd. chir.* 18 nov. 1908.)

Contre la blennorrhagie

Faire 3 fois par jour une injection intra-urétrale tiède de 10 c.c. avec la préparation :

Oxiodogallate de bismuth	10 gr.
Eau distillée	āā 50 cc
Glycérine	āā 50 cc

Le principe actif de cette formule, l'oxiodogallate de bismuth est également connu sous le nom d'airol ; c'est une poudre vert grisâtre.

Cette injection n'est généralement pas douloureuse (*J. de méd. de Paris.* n° 42, 17 oct. 1908).

L'électricité contre les chéloïdes

(DARCOURT)

Une plaque positive, indifférente, de large surface, est appliquée sur une partie quelconque du corps, dépendant uniquement du siège de la chéloïde, tandis qu'une plaque négative de dimension et de forme déterminées par les dimensions et par la forme même de la cicatrice est appliquée sur celle-ci. L'intensité du courant doit être aussi élevée que possible, de 10 à 30 ou 40 M.A. suivant les dimensions de la plaque négative, sans cependant jamais produire d'escarre. Les applications se font tous les deux jours : elles doivent durer de 20 à 30 minutes Les applications ne sont pas douloureuses et sont facilement supportées. La substance cornée se ramollit, la cicatrice devient moins

dure et moins rétractile, le tissu scléreux s'élimine et il ne reste plus, à la fin, qu'une surface souple, sans tendance à la rétraction — (*J. de méd. de Paris*, n° 46, 14 nov. 1908).

Traitement des « verrues vulgaires » par l'injection locale de teinture de Thuya.

(J.-A. SICARD et P. LARUE).

Parmi les traitements multiples dirigés contre les « verrues vulgaires » les uns, *médicaments internes* : magnésie, eau de chaux, arsenic, ne donnent que des insuccès et sont délaissés à juste titre ; les autres, *médicaments externes*, sont, au contraire, d'un emploi courant : râclage à la curette, cautérisations par le feu, l'acide nitrique, le nitrate acide de mercure, l'acide chromique, etc.

Ces méthodes externes comptent à leur actif de nombreuses guérisons et si nous préconisons aujourd'hui un traitement nouveau, c'est que celui-ci nous a semblé présenter sur ses devanciers certains avantages, tels qu'application facile, réaction peu douloureuse, efficacité certaine.

Il s'agit de l *injection « in situ » au-dessous même de l'hyperplasie papillaire de quelques gouttes de teinture de thuya.*

La teinture de thuya avait déjà été vantée par d'anciens auteurs, comme pouvant, en applications locales, entraver et même faire régresser les papillomes. Le Codex ancien cite cette propriété thérapeutique.

Mais les résultats sont, par cette méthode d'attouchements, des plus problématiques, et seule la technique par l'injection sous-jacente *donne des résultats constants*.

Le thuya est un conifère dont on obtient la teinture de la façon suivante : on prend une partie de feuilles sèches de thuya que l'on traite, par déplacements successifs à l'aide de cinq parties d'alcool à 80 degrés. C'est là le mode de préparation indiqué par le Codex ancien et qui maintient à la teinture une conservation indéfinie.

Voici comment nous instituons le traitement. On donne au malade un bain local chaud, suffisamment prolongé pour ramollir les régions verruqueuses, puis après asepsie des petites tumeurs, on pratique à l'aide de la seringue de Pravaz et d'une fine aiguille *à court biseau* l'injection de quelques gouttes de teinture au-dessous même de la saillie papillaire. L'injection doit être répétée en sens opposé de façon à circonscrire la lésion et par sa distension à assurer globalement la pénétration du liquide.

Dès les jours suivants, la masse verruqueuse prend une coloration brun noirâtre, se flétrit et ne tarde pas à tomber.

La chute des papillomes, pour ceux de grosseur moyenne, se fait en une semaine environ. Les papillomes de très grande taille nécessitent des injections répétées, deux à six fois environ, à cinq à six jours d'intervalle

Après l'opération peu douloureuse, ou même rendue indolore par l'injection préalable d'un peu de coca-stovaïne, il y aura lieu ou non d'appliquer un pansement sec, suivant le nombre des points traités et la quantité de thuya injecté.

Les services pratiques que nous a rendus cette technique d'un maniement facile, sans danger et d'une efficacité incontestable, nous ont paru intéressants à signaler.

(*Gaz. des hôp.* 8 *Octobre* 1908.)

Injections intra-utérines contre l'endométrite blennorrhagique.

(SIREDEY).

Se servir d'une seringue de Braun à laquelle on adapte une canule du diamètre et de la courbure d'un hystéromètre ordinaire, pour injecter dans la cavité utérine 2 cc. de la solution :

Acide picrique..........	12 gr.
Eau....................	1.000 gr.

(Préparer cette solution à chaud et la conserver dans un vase obturé d'ouate.)

La malade étant dans la position de l'examen au spéculum, faire au préalable une injection stérilisée. Placer un spéculum et nettoyer la cavité à l'aide d'un écouvillon d'ouate imbibé d'éther iodoformé.

Charger la seringue, introduire la canule très doucement dans la

cavité du col et la pousser jusqu'au fond de l'utérus, la retirer de quelques millimètres et injecter la solution picriquée. Pratiquer ensuite le tamponnement vaginal à la gaze iodoformée, que la malade enlèvera le lendemain. Faire ces injections une ou plusieurs fois par semaine suivant le cas.

Les autres jours, injections vaginales quotidiennes de trois ou quatre litres de solution de permanganate de potasse à 0,50/1000 chaude. (*Journ. de méd. et de chirurg. Montreal*, septembre 1908.)

Thérapeutique de l'Urticaire chez l'enfant.

(Dauchez).

1° Faire prendre à l'enfant, pendant deux ou trois jours de suite, une ou deux cuillerées à café de l'électuaire suivant :

Magnésie anglaise.....	āā 5 gr.
Soufre sublimé et lavé.	
Crème de tartre........	
Miel blanc.............	

2° Soumettre l'enfant à l'usage exclusif du lait.

Plus tard, suspendre l'usage du poisson, des fruits, notamment des fraises.

3° Bains gélatineux (100 à 200 gr.) prolongés (20, 30, 40 minutes).

Eviter d'essuyer l'enfant et attendre, deux heures au moins, avant d'appliquer au pinceau (le soir de préférence) le liniment suivant :

Chloroforme pur	2 à 4 gr.
Teinture d'Aconit.......	6 gr.
Huile d'amandes douces.	90 gr.

M. S. A. Agitez : usage externe.

4° En cas d'excitation la nuit, lotions chaudes d'eau de pavots ou de décoction de tabac, suivies d'applications de la poudre suivante, très abondamment :

Talc finement pulvérisé.......	āā
Oxyde de zinc...............	
Fleur d'amidon chimiq. pur...	

On joindra avec avantage à ce traitement de l'eau alcaline légère (Vichy) pure ou mêlée au lait (deux ou trois verres à Bordeaux par jour).

Pour prévenir le retour offensif de l'urticaire, continuer l'usage des laxatifs, proscrire de l'alimentation les conserves, la charcuterie, les coquillages, le poisson de mer, surtout l'été ; les *fraises*, etc. Eviter la suralimentation. (*Jour. de méd. de Paris*, n° 46, 14 nov. 1908.)

Traitement de la blennorrhagie par l'association des nitrates d'argent et de zinc

(Balzer et Tansard).

Les auteurs recommandent la solution mère suivante :

Nitrate d'argent......	āā 50 cent.
Nitrate de zinc	
Eau distillée..........	100 gr.

Mettre 10 cc. de cette solution dans un litre d'eau distillée tiède, pour faire un lavage quotidien de l'urètre. Ce lavage détermine une douleur qui est tolérable et qui dure de 15 à 20 minutes. Jamais aucun inconvénient, aucune irritation de l'urèthre postérieur ou de la vessie ; jamais aucune complication. Le traitement réussit dans des cas compliqués de prostatite et d'orchite.

Dans la blennorragie antérieure aiguë, guérison avec une moyenne de dix-sept lavages. Bons résultats, également, dans la blennorragie chronique ; guérison avec une moyenne de dix-huit lavages.

Pour la blennorragie antérieure aiguë, le lavage quotidien peut être fait seulement une fois par jour et associé aux injections de protargol faites matin et soir. Réduction prompte de l'écoulement, par suite de l'astringence des deux sels d'argent et de zinc, guérison rapide et quelquefois effets abortifs. Pour la blennorragie chronique, lavage une fois par jour, diminution prompte de l'écoulement et des filaments. Le nitrate de zinc semble augmenter la pénétration du nitrate d'argent. (Xe *Cong. fr. de Méd.*, Genève, sept. 1908).

Traitement du lupus

(Wichmann).

D'accord avec la plupart des auteurs actuels, Wichmann se prononce contre tout traitement schématique : chaque cas exige pour ainsi dire une médication spéciale.

On peut diviser les méthodes actuelles en 2 groupes : les unes ne donnent qu'un résultat passager (scarifications, Paquelin, galvanocautère, air chaud, électrolyse, caustiques, haute fréquence, etc) ; les autres peuvent arriver à donner une raison définitive. C'est surtout dans les cas de lupus au début qu'il faut se garder d'employer les cautérisations ou les caustiques, car les récidives partant de la cicatrice sont alors extrêmement difficiles à combattre. L'excision profonde ou la radiothérapie sont seulement indiquées. Pour les lupus déjà plus étendus, on fera bien de commencer par des applications d'emplâtres au pyrogallol, avec ou sans addition d'anesthésine ou stovaïne : de cette façon, on obtient des cicatrices minces, n'empêchant pas la pénétration des rayons X, et la durée du traitement est beaucoup moins longue.

L'ancienne tuberculine de Koch, combinée à la radiothérapie, rend de grands services, car la réaction inflammatoire qu'elle provoque favorise nettement la pénétration des rayons.

Comme traitement curatif, il faut recommander l'extirpation par la méthode de Lang dans tous les cas de lupus ne dépassant pas une surface de la grandeur d'une pièce de 5 francs.

La méthode de Finsen n'est pas capable de modifier des lupus fortement pigmentés, avec épaisses cicatrices ; la durée du traitement est aussi un grand obstacle à son utilisation pratique.

La radiothérapie, avec injections préalables de solution d'éosine à 2 %, pour sensibiliser les tissus, constitue un traitement très avantageux. La radiumthérapie est surtout indiquée dans le lupus des muqueuses, des infiltrations incluses dans du tissu cicatriciel.

Sur 54 malades, l'auteur a obtenu 36 guérisons : il est vrai que quelques cas ne sont guéris que depuis 6 mois à un an. (*Méd. Klinik*, 28, 1908 et *Rev. de Thér. Méd. Chir.* 15 uov. 1908.)

Traitement de l'arthrite blennorrhagique des grandes articulations par l'hyperémie par stase.

(Baetzner.)

Le traitement de Bier a été expérimenté dans quarante cas. La bande de caoutchouc, placée au-dessus de l'article atteint, doit couvrir une grande surface du membre ; pour chaque articulation, il y a des tours de mains spéciaux que l'auteur décrit dans son travail. Il ne faut pas craindre de bien appliquer la bande : le membre doit présenter un aspect rouge feu, avec œdème, le pouls restant perceptible. Il faut éviter la coloration bleu et les douleurs. On arrive plus aisément à ce résultat dans les cas aigus que dans les cas chroniques.

L'application de la bande dure de 20 à 22 heures, on peut la continuer pendant des semaines en faisant varier le point d'application de la bande. Le traitement par l'air chaud et le massage convient au cours de la convalescence

Les effets du traitement sont la diminution des douleurs, l'absence de complications, la mobilisation plus rapide des articulations, l'absence d'ankylose consécutive. (*D. Zeits. f. chir.* n° 6, 1908 et *Annales de la Policlinique de Bruxelles*, août 1908.)

VARIÉTÉS

La propreté de la rue et les prospectus dits médicaux

La grande presse s'est cette année à diverses reprises occupée de la question si importante de la propreté de Paris. A la fin des vacances le *Temps* annonçait qu'à la rentrée un conseiller mu-

nicipal (M. Levée) avait l'intention de demander qu'on réglementât la distribution des prospectus sur la voie publique et qu'on obligeât les agences de publicité qui ont recours à ce moyen, à faire accompagner les donneurs d'un enfant ou d'un vieillard qui, pour un salaire modique, ramasseraient, dans la zone de distribution, les morceaux de papier jetés par terre par les passants. Le remède prête à rire en raison de son inefficacité, car on se représente difficilement ces pauvres gens se baissant sans cesse pour réunir dans un récipient quelconque les fragments emportés par le vent dans toutes les directions, jusque dans les carrefours encombrés de voitures de toutes sortes au milieu desquels on a déjà grand mal à circuler en prenant mille précautions. Il serait, à notre avis, bien plus simple d'interdire purement et simplement ce mode de propagande, et cette prohibition ne léserait en vérité qu'un nombre vraiment inférieur d'industriels à qui il serait loisible d'avoir recours à d'autres procédés de publicité. Il serait risible en vérité d'entendre à ce sujet des protestations basées sur une atteinte grave à la liberté, car on est bien contraint, en mille circonstances, lorsqu'il s'agit de mesures générales d'hygiène ou de la police de la rue, de ne pas tenir compte de cette dernière. La propreté d'une grande ville vaut bien qu'on lui fasse quelques sacrifices.

Et puisqu'on invoque sans cesse ce mot de liberté, le promeneur deviendrait enfin libre de ne pas prendre au passage les petits papiers qu'on lui met parfois presque de force dans la main. Il y a des distributeurs qui, prenant trop à la lettre leur fonction passagère, en arrivent à maugréer, quelquefois même à saluer d'un mot déplaisant, voire même d'un terme injurieux, ceux qui refusent la feuille qu'ils vous tendent, semblables à ces porteurs de bâtons qui sont chargés de vous écarter du trottoir lorsqu'on fait sur les toits certains travaux d'où peut résulter la chute de matériaux et qui rudoient parfois durement le pauvre monde. Il y a des gens tellement ridicules de politesse, ou simplement tellement timides, qu'ils n'osent pour ainsi dire pas refuser de prendre de leurs mains encombrées de cannes, parapluies, réticules ou paquets, les bouts de papier qu'on semble les contraindre à accepter au passage. C'est pour certains une véritable tyrannie dont ils seront enchantés d'être une fois pour toutes délivrés. Et en vérité le dommage ne serait pas grand et la mesure nouvelle ne léserait le plus souvent que des industriels peu intéressants faisant ainsi distribuer d'horribles réclames de médicaments sans nom, d'interlopes adresses de dentistes ou de chirurgiens innommables qui grâce à cette pratique arrivent à rabattre jusqu'à eux de bons gogos

ou de naïfs promeneurs qui, sans cela, continueraient à ignorer, heureusement pour eux, les tavernes de voleurs où on met en coupe réglée leur bourse d'abord et parfois jusqu'à leur sécurité.

C'est surtout à ce point de vue que la suppression de la distribution des prospectus sur la voie publique nous semble particulièrement intéressante, et il nous paraît simplement absurde de déclarer attentats à la liberté des mesures qui auraient au plus haut degré un caractère de protection et de préservation. La propreté de la ville est de toutes façons mal assurée et on pourrait profiter du nouveau régime de purification de nos voies publiques pour refaire du même coup les réglements chargés de régir l'hygiène de nos rues. On en pourrait profiter pour reviser ceux qui ont trait au battage des tapis par les fenêtres, opération qui se pratique sans vergogne sous l'œil bienveillant de la police, aux heures même où des milliers d'ouvriers, d'employés et de commis de magasin se rendent à leur travail quotidien, ainsi que des centaines d'enfants qui, le matin, en allant en classe, reçoivent sur la tête toutes les poussières souvent chargées de germes morbides qu'il serait facile, avec un peu d'entente et de bonne volonté, d'expulser des appartements et des vestibules des maisons à des heures plus matinales ou de recueillir plus tardivement dans les courettes intérieures dont bien peu d'immeubles parisiens se trouvent complètement dépourvus.

Il y a là tout un ensemble de règlements à remanier et puisqu'il semble qu'on veuille enfin faire quelque chose, par imitation de ce qui se passe dans nombre de cités de l'étranger, l'occasion me paraît bonne de réunir et de refondre enfin toutes les mesures ayant pour objet l'assainissement de notre capitale.

L'institution des « poubelles » qui date à présent d'un quart de siècle, avait déjà constitué un véritable progrès, et les hommes de mon âge que leurs occupations contraignent à se rendre d'assez bonne heure à leur poste de travail n'ont pas perdu le souvenir de leurs promenades ou courses matinales à travers les immondices de toutes sortes, les trognons de légumes, les débris de cuisine, les escarbilles et autres résidus du foyer qui jonchaient le sol tant sur le rebord des trottoirs que sur une large étendue de la chaussée. Et pourtant la création qui porte encore et conservera vraisemblablement toujours le nom d'un de nos préfets les plus estimés et les plus sympathiques, n'avait pas été faite sans susciter quelques résistances. Qui pourrait aujourd'hui revenir sur cette mesure si simple au fond, et si importante quant à ses résultats ? Et pourtant on avait bien aussi alors crié à l'attentat à la liberté. Avait-on bien le droit, disait-on alors, de contraindre les petits

propriétaires comme les gros à faire la dépense des récipients destinés à contenir les ordures ménagères ; avait-on bien le droit d'obliger les pauvres concierges (pauvres gens) à une fatigue ou à un travail supplémentaires, d'aggraver la peine des biffins en les forçant à fouiller les boîtes de leurs crochets au lieu de ramasser simplement sur le pavé papiers et loques malpropres. Les protestations furent de courte durée d'ailleurs et quelques mois après la mise en pratique de la nouvelle mesure il ne s'éleva plus une voix discordante pour demander qu'elle fût rapportée.

Il en serait absolument de même aujourd'hui de la suppression des distributions de paperasses ou de prospectus sur la voie publique. Tout d'abord, c'est entendu, on crierait, et puis après ? On laisserait crier et au bout de peu de temps il n'en serait plus question.

Pour nous médecins à qui incombe le devoir de réclamer et d'encourager tout ce qui a trait à l'hygiène et à la santé publiques nous devons très nettement appuyer toutes les mesures qui tendront à débarrasser la chaussée des distributions de petits papiers. Si on y arrive nous aurons réussi du même coup à faire cesser l'exploitation des malheureux « avariés » de toutes sortes qui vont se faire dépouiller quelquefois de leurs derniers sous dans des cabinets où on leur promet le traitement par une électrolyse plus ou moins imaginaire de leurs rétrécissements vrais ou faux et où on traite la vérole « sans mercure. » Si nous en arrivons là, nous aurons déjà fait un pas dans la suppression du charlatanisme le plus éhonté qui soit. On pourra ensuite s'attaquer à la réclame dans les vespasiennes. Ce sera peut-être un peu plus difficile ; mais on y arrivera également et il n'y a que le premier pas qui coûte. Il restera bien, me dira-t-on, la quatrième page des journaux et même quelques autres colonnes çà et là et de ce côté tout remède paraît impossible au moins pour le moment. Il y a toute une éducation du public à opérer sur ce point et ce ne sera pas l'affaire d'un jour ni même d'une époque. C'est une raison de plus pour sérier les questions et demander tout d'abord la réalisation des réformes possibles. L'occasion semble venue de débarrasser la voie publique de boniments médicaux qui sont de véritables crimes. Il ne faut pas la laisser échapper. Henri FOURNIER.

La lèpre et les punaises.

D'après un quotidien (1) le professeur Ehlers, de Copenhague, correspondant de l'Académie de médecine de Paris, rédacteur en

(1) *Le Temps* du 18 octobre.

chef des *Archives internationales*, est actuellement à Paris, en pourparlers avec nos sommités médicales, en vue d'organiser une expédition scientifique aux Antilles danoises.

L'expédition aurait pour objet de déterminer le rôle des insectes buveurs de sang et parasites lectulaires (surtout puces et punaises) dans la propagation de la lèpre.

Il est possible que cette expédition, à laquelle on attache une grande importance dans le monde scientifique, soit organisée sous les auspices bienveillants d'un Mécène portant un nom illustre dans l'histoire de France ; dans ce cas l'expédition serait composée de collaborateurs moitié danois, moitié français.

(*Progrès médical*, n° 43, 24 oct. 1908).

Traite des Blanches

On lit dans les *Basler Nachrichten* du 11 juin : « Agents de la traite : La *Soziedad filantropica* de Buenos-Ayres a signalé à la police criminelle de Berlin l'arrivée prochaine en Europe d'agents de la traite. A la tête de la troupe se trouve un chef de la bande noire des « Kaften » (agents recruteurs) qui voyage sous le nom d'Abraham, d'Adolf Dickenfaden ou aussi d'Adolf Napoléon. Il est âgé de quarante-trois à quarante cinq ans, est corpulent et porte la moustache ; cheveux noirs. Il a le type d'un juif persan. A pour compagnons quatorze individus de la pire espèce, tous en quête de jeunes filles qu'ils espèrent séduire pour les emmener à Buenos-Ayres et les y vendre à des maisons publiques ».

A ce propos, les *Neueste Nachrichten*, de Munich, font observer ironiquement que bien que des garde-à-vous analogues se répètent assez souvent dans la presse, aucun trafiquant de chair humaine n'a encore été condamné. Ce journal ajoute : « La lutte très louable en soi entreprise par la Société philantropique est au dire d'éminents criminalistes, un combat contre des moulins à vent, qui ne vaut certes pas les dépenses d'argent et de peines qu'elle nécessite ».

Nous croyons que c'est beaucoup trop s'avancer que d'affirmer qu'aucun résultat utile ne résultera de la lutte engagée contre les misérables qui se livrent à cette chasse à la femme ; il ne faut pas oublier que la lutte n'est engagée que d'hier et que non seulement les législations des pays signataires de la Convention internationale n'ont pour la plupart pas encore édicté les lois qui en permettront l'application dans leurs contrées respectives, mais que la mesure la plus efficace pour enrayer ce trafic, c'est-à-dire la suppression des établissements patentés et de tout proxénétisme officiel

n'est encore qu'un devenir que l'on doit s'efforcer de réaliser le plus tôt possible, et c'est précisément le but que poursuit la Fédération abolitionniste internationale.

Il est parfaitement vrai, d'ailleurs, que pour supprimer complètement la traite, il faudrait supprimer la demande, les trafiquants n'exerçant leur infâme commerce que parce qu'elle leur rapporte des sommes fabuleuses, mais cela ne signifie pas qu'on ne doive pas tout faire pour contrecarrer leurs audacieuses entreprises. (*Bul. abolitionniste*, n° 78, juin 1908.)

De l'influence de l'esprit réglementariste sur la vie morale

(Eugène Hoffet)

Cette brochure, éditée par la branche française de la Fédération abolitionniste, est la reproduction d'un rapport présenté par l'éminent conférencier à la conférence de Lugano, l'année dernière. Nous la recommandons vivement à l'attention de tous nos lecteurs. (*Bull. abolitionniste*, n° 78. juin 1908.)

La syphilis du roi Dagobert

(Bougon)

Nous sommes en mesure d'affirmer aujourd'hui deux faits certains d'où on serait en droit d'en tirer un troisième, conclusion probable.

1° Le roi Dagobert était syphilitique.

2° La dégénérescence de sa race, dans les deux branches des rois fainéants procréés par lui n'est pas due à la précocité des mariages de ses ascendants (les Mérovingiens se mariant à 15 ans en moyenne, de 14 à 16 ans), comme il aurait été si naturel de le croire.

3° La conclusion résultant probablement de ces prémisses, est que cette dégénérescence subite de la race, *aussitôt après le roi Dagobert* (plus rapidement accentuée chez l'aîné de ses deux fils) est due à sa syphilis acquise et par suite transmise héréditairement à sa double descendance.

Notre démonstration est basée sur la série toute particulière des fausses couches, dans un ordre typique et *pathognomonique*, que nous relevons chez trois des femmes de la famille qui ont gagné la syphilis de leur mari, tant chez lui que chez son fils aîné, le cadet étant mort prématurément épileptique, à l'âge de 21 ans et la dégénerescence étant encore plus marquée chez les aînés de ses petits-fils que chez les derniers.

En un mot nous nous basons sur une série de faits inattendus,

du plus vif intérêt au point de vue médical, que l'on ne retrouve pas chez les ascendants du roi Dagobert, mais seulement après lui et aussitôt après. (*Chron. méd.*, n° 20, 15 oct. 1908.

Maladies vénériennes, Réglementation de la prostitution à Dakar

(Sisco)

Les maladies vénériennes sont très rares à Dakar. Le Gouvernement en a provoqué la réglementation. Nous ne croyons pas à l'efficacité de cette mesure, pour la raison bien simple que dans les pays, l'Angleterre par exemple, où la prostitution est libre, il n'y a pas plus de maladies vénériennes qu'en France, où elle est surveillée.

Cela tient à diverses raisons qu'il serait hors de notre sujet de développer ici, mais dont la principale réside dans l'impossibilité de visiter tous les jours toutes les filles soumises et d'empêcher la fraude.

En somme la pathologie de Dakar est peu complexe et la morbidité peu élevée et peu grave. Toutefois il ne faut pas se leurrer sur ces apparences. (*Arch. de Méd.*, nov. n° 10, oct. 1908.)

L'ulcération de la cloison du nez chez les cimentiers.

A la séance de la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle du 22 juillet 1908. (Compte-rendu in « Revue d'hygiène et de police sanitaire » p. 928), et à propos d'une communication du Dr René Martial sur les diverses *variétés du ciment et leur nocivité*, le président de la société a rappelé que les effets nocifs du ciment sont depuis longtemps connus et donnent lieu à une maladie bien étudiée, la maladie dite de Fullberton caractérisée par la destruction de la cloison du nez par suite de l'habitude qu'ont les ouvriers d'introduire leurs doigts enduits de ciment dans leur nez pour faire cesser leur démangeaison. Non seulement ces effets nocifs sont connus, mais les moyens préservatifs le sont également. On enduit le nez de vaseline ou bien on met un bonnet comme chez Siemens. C'est lors de l'ensachement que les ouvriers courent le plus de risques. En outre il est d'autres remèdes dont quelques-uns sont très efficaces, par exemple l'apposition d'une solution très concentrée de sucre comme celle dont on se sert contre les éclaboussures de chaux dans l'œil. Il se forme un sucrate de chaux qui annihile la causticité.

On sait que M. Martial est l'auteur d'intéressantes notes sur la gale du ciment. Ces notes ont paru dans le *Journal des Praticiens* et la *Presse médicale* de cette année et ont été succinctement analysées dans notre dernier numéro, pages 590 et 591. H. F.

Prophylaxie de la syphilis.

Docteur GUILLERMO ACEVEDO.

Le Dr Guillermo Acevedo de Valparaiso (Chili), veut bien nous communiquer le rapport qu'il a adressé à MM. Metchnikoff et E. Roux sur la prophylaxie de la syphilis. Il conclut que les importantes recherches de ces savants sur la question, recherches conduites jusqu'à arriver à prouver l'individualité du germe de la vérole, les ont conduits à réaliser une expérience et leur ont permis de venir inoculer le virus syphilitique, confirmant ainsi leurs résultats scientifiques, et établissant le fait que la syphilis peut être enrayée à son début.

Leurs communications à l'Académie de Médecine de Paris, du 8 mai 1906, ont été pour lui une nouvelle qui lui causa une vive satisfaction parce qu'elle vint confirmer les observations qu'il avait recueillies depuis l'an 1899. Je ne pouvais concevoir, dit-il, qu'une maladie contagieuse et de cette nature, ne pourrait être arrêtée dans son cours, si on prenait les mesures appropriées pour la détruire à son point de pénétration même.

« Cette ferme conviction, dit-il, me conduisit à penser que si la désinfection se faisait rigoureusement et de manière à ce que le médicament microbicide pénètre profondément dans les tissus pour se mettre en contact avec les germes, le problème n'était pas une utopie, mais un succès imposé par les faits et dûment prouvé par mes expériences et observations professionnelles.

« Ces idées mises en pratique, comme je l'ai dit, depuis l'année 1899 furent appliquées à l'équipage du croiseur « *Présidente Pinto* » de la Marine de guerre de notre pays, comme mesure prophylactique dans la forme suivante :

« 1° Ablution de la région suspecte à l'eau tiède savonneuse ;

« 2° Bain de la même région dans une solution de bichlorure de mercure à un pour mille, pendant un quart d'heure;

« 3° On termine par l'application d'une couche de pommade d'oxyde rouge de mercure.

« Le total des désinfections pratiquées montait à 700, dont onze individus seulement furent atteints de blennorrhagie, cas que je considère comme des cas de récidive puisque tous en avaient été atteints antérieurement. Néanmoins dans le navire il y eut un malade de syphilis et ce fut l'adjoint du commis de vivres, individu qui descendait journellement à terre et qui ne se soumettait pas à mes instructions.

« Je rendis compte de ces résultats dans une communication spé-

ciale à mon chef du service sanitaire de la marine, le D[r] Alberto Adriazola.

« De plus le capitaine de navire, M. Miguel Aguirre, commandant de mon navire dans les années 1899 et 1900, eut connaissance de ma méthode prophylactique selon attestation du certificat adjoint.

« Je continuai mes observations au dépôt général de marins, comme peut en témoigner le capitaine de frégate, M. Agustin Astudillo, durant les années 1901 et 1902. Le résultat obtenu fut également favorable.

« Dès 1903 dans un voyage autour du monde dans le navire-école-corvette « General Baquedano » et qui termina en 1905, j'appliquais à l'équipage la même prophylaxie et je transcris ici le paragraphe suivant du mémoire présenté par moi à ce sujet au chirurgien en chef du service sanitaire de la marine :

« L'équipage, à son retour de terre, fut soumis à la désinfection suivante :

« 1° Ablution des organes génitaux avec de l'eau tiède savonneuse ;

« 2° Immersion du membre viril dans une solution de bichlorure de mercure à un pour mille, pendant un quart d'heure ;

« 3° Et enfin, badigeonnage du membre en question avec une pommade d'oxyde rouge de mercure.

Le total des désinfections effectuées a atteint le chiffre de 735, ainsi réparti :

Ports de mer	Nombre de désinfections	Maladies
Cape Town	115	2
Alger	23	—
Malta	102	—
Colombo	85	1
Shanghai	134	2
Yokohama	172	1
San Francisco	104	2
	735	8

Ces maladies se décomposaient ainsi : blennorrhagie, 6 ; syphilis 2.

Ce procédé nous a donné en général des résultats satisfaisants, de façon que le peu de cas de maladies vénériennes que nous avons eues à bord a été de préférence chez les individus qui, pour une cause ou autre, se sont excusés de la désinfection ou se la firent mal.

Pendant une partie de 1905, comme chirurgien en chef d'une division navale sous les ordres de l'Amiral M. Pedro N. Martinez, j'ai

donné aux chirurgiens sous mes ordres, les instructions suivantes :

« Pour éviter les affections syphilitiques et vénériennes dans le personnel de votre navire, veuillez observer le procédé suivant de désinfection :

1° Ablution des organes génitaux avec de l'eau tiède savonneuse ;

2° Immersion du membre viril dans une solution de sublimé à un pour mille pendant 10 ou 15 minutes ;

3° Application d'une pommade d'oxyde rouge de mercure ou, à son défaut, recommandation d'envelopper le membre dans de l'ouate imprégnée de la solution mercurielle ;

4° Instillation dans l'urètre antérieure de la préparation suivante :

Alun	1 gramme
Sulfate de zinc	1 gramme
Acide phénique	1 gramme
Eau distillée	200 grammes

Le soussigné estime que ces mesures de prophylaxie exécutées avec le zèle et l'intérêt par lesquels vous vous distinguez dans le service, donneront de bons résultats au moins pour enrayer le développement de la vérole qui, comme vous le savez, fait des ravages souvent irréparables dans le personnel de la marine.

A la fin de chaque mois vous voudrez bien me passer une liste des individus désinfectés, en spécifiant s'ils ont souffert antérieurement de maladies vénériennes et combien de jours ils sont restés à terre.

L'auteur fit suivre cette note de la suivante adressée à MM. les chirurgiens du « Blanco», « Chacabuco » et « Condell ».

L'Amiral, comprenant l'avantage de cette prophylaxie, recommanda, dans un ordre du jour adressé aux commandants des navires de sa division de donner toute facilité pour l'exécution de mes instructions.

Je dois vous faire remarquer aussi, Messieurs, que pour que ces mesures prophylactiques fussent plus efficaces, on distribua à chaque individu une petite dose de pommade d'oxyde rouge de mercure pour s'en servir sans perte de temps.

Le résultat final de mes 1435 désinfections est tellement favorable qu'il ne me paraît pas me hasarder trop en affirmant que nous sommes en présence de la méthode la plus efficace et sûre de prophylaxie antisyphilitique que l'on puisse, jusqu'à ce jour, appliquer avec toute chance de succès, sans compter, messieurs, que mon

procédé possède en sa faveur vos expériences aussi magistrales que concluantes.

J'attends de votre bienveillance que vous voudrez bien accueillir cette communication des résultats obtenus par moi dans le domaine de la prophylaxie sexuelle, comme une modeste contribution aux célèbres travaux que vous avez entrepris pour la gloire de la science et mené à bien pour le bien de l'humanité.

J'ai l'honneur de signer, messieurs et très honorés maîtres, votre très dévoué serviteur.

Et l'auteur joint à cette note comme conclusion les copies des certificats des officiers de marine qui reconnaissent que l'emploi de sa méthode prophylactique a donné les meilleurs résultats et a été d'un grand secours contre les maladies vénériennes, pour les hommes qui descendaient à terre.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Lèpre

C. Adrian. — Die Lepra in Norwegen einst und jetzt. (*Strassburger medizinischen Zeitung*, 10 Heft. 1908.)

Armauer Hansen. — Leprosy in Finmark. (*Lepra*, vol. VII, fasc. 4, avril 1908.)

Artigue. — L'ophtalmo-réaction chez les lépreux. (*Bul. méd. de l'Algérie*, 15 nov. 1907, et *Caducée*, n° 6, 21 mars 1908.)

Ashburton Thompson. — Note on Leprosy. (*Lepra*, vol. VII, fasc. 4, avril 1908.)

De Beurmann et Gougerot. — Contribution à l'étude bactériologique de la lèpre. La léproline de Rost. (*Bull. Soc. Méd. hôp.*, p. 1397, 1907.)

De Beurmann et Gougerot. — Troubles sensitifs des lépromes. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 11, déc. 1907.)

Brault.—Quelques cas de lèpre tuberculeuse traités par l'atoxyl. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 10, nov. 1907.)

Brault. — Note à propos de l'ophtalmo-réaction chez les lépreux. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 10, nov. 1907.)

Breda. — La lepra della laringe. (*Giorn. ital. d. mal. ven.*, fasc. IV, 1908.)

Bulkley. — Leprosy (N. Y. derm. Soc., Apr. 28, 1908 ; in : *J. of cut. dis.*, sept. 1908.)

Danlos et Sourdel. — Sur un cas de lèpre anesthésique. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 4, avril 1908.)

Deycke. — Specific treatment of leprosy. (*Brit. med. Journ.*, Apr. 4, 1908.)

DUQUE. — The treatment of leprosy. (*Amer. Journ. of Derm.*, déc. 1907.)

EHLERS. — Législation danoise contre la lèpre. (*Lepra*, vol. VII, fasc. 4, avril 1908.)

ENGEL Bey. — The repressive measures against leprosy that have been adopted in Egypt. (*Amer. J. of D.*, July 1908.)

ENGEL BEY. — Die gegen die Lepra in Agypten in Aussicht genommenen Massregeln. (*Lepra*, vol. VII, fasc. 4, avril 1908.)

FOLEY et YVERNAULT. — Un cas de lèpre d'origine soudanaise observé dans le Sud-Oranais. (*Lepra*, vol. VIII, fasc. 1er, juin 1908.)

FOX (Howard). — Tubercular leprosy. (N. Y. Acad. of méd., febr,. 4, 1908, in : *J. of cut. dis.*, July 1908.)

GLÜCK. — Die Lepra tubero-anaesthetica vom klinischen Standpunkte geschildert. (*Lepra*, vol. VIII, fasc. 1, juin 1908.)

HALLOPEAU et AINE. — Sur un cas de lèpre grave considérablement amélioré par l'atoxyl. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 11, déc. 1907.)

HALLOPEAU et BOUDET. — Sur un cas grave de lèpre mixte qui va être traitée par la solution à hautes doses d'atoxyl. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 6, juin 1907.)

HALLOPEAU et MACÉ DE LÉPINAY. — Nouvelle poussée de nodules érythémateux chez une lépreuse. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 7, juil. 1906.)

HAMANN. — Lepra-Literatur für das Jahr 1907. (*Lepra*, vol. VII, fasc. 4 avril 1908.)

HANSEN. — Ueber die internationalen Abwehrmassregeln gegen die Lepra (XVe intern.Kong.v. 19-26 Apr. 1906 ; Lisbonne ; in : *Derm. Zeitschr.*, B. XIII. H. 7, Juli 1906.)

JEANSELME, TISSIER, GRANJUX. — La lèpre à la Guyane. (Soc. de méd. et hyg. hôp., in : *Caducée*, n° 7, 4 avril 1908.)

LASSAR, SIEGFRIED U. URBANOWICZ. — Bericht des Kreisarztes Dr. Urbanowicz über Versuche mit der Behandlung Leprakranker mit Röntgenstrahlen. (*Derm. Zeits.*, B. XIII, H. 10, Okt. 1906.)

LLOPIS. — La leproseria nacional de Fontilles. (*Rev. esp. de D. y S.*, T. IX, n° 106, oct. 1907.)

MACKINNON. — Tubercular leprosy. (*Brit. med. Journ.*, May 2, 1908.)

MARCHOUX et BOURRET. — Un foyer de lèpre. (Soc. de path. exot., 13 mai 1908 ; in : *Presse méd.*, n° 40, 16 mai 1908.)

PASINI. — A proposito di lepra nodulare curata con la Finsenterapia. (*Giorn. ital. d. mal. ven.*, fasc. III, 1907.)

PODIAPOLSKY. — De l'influence des états psychiques sur les changements de couleur des cheveux et de la peau, et sur la guérison de la « lèpre biblique » (zaraath). (Soc. d'Hypn. et de Psych., 18 févr. ; in : *Rev. de l'Hypnot.*, nos 10 et 11, avril et mai 1908.)

RADCLIFFE-CROCKER. — Lepra. (Derm. Soc. of London, Jan. 1906 ; in : *Brit. J. of D.* fébr., 1906).

R. ROMER. — La lèpre. (*Journ. méd. de Bruxelles*, n° 31, 2 août 1906.)

ROORDA SMIT. — La lèpre dans l'Argentine. Lépromo d'entrée et luxation spontanée du cristallin. (*Rev. prat. des mal. cut.*, n° 11, nov. 1906.)

SCARPETTA. — La lepra y el contagio. (*Bol. de med. de Cauca* Colombia n° 182, nov. 1907.)

SCOTT. — Anaesthetic leprosy. (N. Y. derm. Soc. : in : *J. of cut. dis.*, May 1908).

SEQUEIRA. — Anaesthetic leprosy. (D. Soc. of London, June ; in : *Brit. J. of D.*, July 1906.)

SHERWELL. — Leprosy. Macular and tubercular. (N. Y. derm. Soc. ; in : *J. of cut. dis.*, June 1908.)

SOLARI. — El problema social de la lepra. (*Rev. esp. d. D. y S.*, T. IX, n° 98, Febr. 1907.)

STAHLBERG, HUGO. — Pathologische-anatomische Veränderungen des Gehirns bei Lepra, Lepra bacillen in Gasserschen ganglien, und über die Anatomie und Pathologie der Nervenzellan des Gehirns im allgemeinen. (*Arch. f. Psych. u. Nervenkr.* Bd. 41, 1906, H. 2, S. 596-639, 1 Taf.)

J. AS. THOMPSON. — Notes on leprosy. Abstract of a lecture delivered 7 th. november at the Polyclinicand Postgraduate medicaal School, London. (*Lepra*, avril 1908.)

YVERNAULT. — Un cas de lèpre soudanaise dans le Sud Oranais. (Soc. de path. exot. ; in : *Caducée*, n° 7, 4 avril 1908.)

WHITFIELD. — Leprosy bacilli. (D. Soc. of London, June ; in : *Brit. J. of D.* July 1906.)

ZAMBUCO. — La Contagiosidad de la lepra principalmente en la Europa central. (*Rev. esp. d. D. y. S.*, T. IX, n° 102, Junio 1907.)

Psoriasis

BULKLEY. — Old psoriasis greatly improved under internal treatment. (N. Y. derm. Soc. ; in : *J. of cut. dis.*, nov. 1906.)

CAPPELLI. — Note sul ricambio materiale in alcuni casi di psoriasi trattati colle nozioni di siero fisiologico. (*Giorn. ital. d. mal. ven.*, 1906, fasc. IV.

CONSTANTIN et BOYREAU. — Ueber eine psoriatische Varietät des Favus der glatten Haut. (*Monatsh. f. pr. D.*, B. 43, n° 10, 15 nov. 1906.)

EDDOWES. — Hairs from the scalp affected with psoriasis. (D. Soc. of Gr. Br. a. Ir., Oct. ; in : *Brit. J. o f D.*, Déc. 1906.)

FORDYCE. — Psoriasis of the palms. (N. Y. derm. Soc. ; in : *J. of cut. dis.* Sept. 1906.)

W. FOX. — Psoriasis. (D. Soc. of London, déc. ; in : *Brit. J. of D.*, Jan. 1907.)

M. JOSEPH. — Heliotherapie der Psoriasis. (*Derm. Centr.*, sept. 1906.)

ROBINSON. — Psoriasis in a syphilitic subject,with the lesions much ressembling a syphilide. (N. Y. Acad. of med., March 3, 1908 ; in : *J. of cut. dis.*, Aug. 1908.)

SHERWELL. — Psoriasis treated with goa powder. (N. Y. derm. Soc. ; in : *J. of cut. dis.*, Nov. 1906.)

STELWAGON. — Probable psoriatic eczema. (Phil. derm. Soc.; in : *J. of cut. dis.*, March 1907.)

UNNA. — Neuere Erfahrungen und Auschauungen über Psoriasis. (*Med. Klin.*, n° 39 u. 40, 1906.)

VERROTTI et ARMAN. — Psoriasi patogenesi e cura. (Soc. derm. ital. ; in : *Giorn. ital. d. mal. ven.*, fasc. II, 1908.)

N. WALKER. — The use of chrysarobin in psoriasis. (*Scott. med. a. sur. Journ.*, n° 4, Apr. 1908.)

Lupus érythémateux

BULKLEY. — Acute general, lupus erythematosus. (N. Y. derm. Soc.; in *J. of cut. dis.*, Nov. 1906.)

CIVATTE. — Les opinions d'aujourd'hui sur la nature du lupus érythémateux. (*Ann. de D. et S.*, T. VIII, n° 4, avril 1907.)

DADE. — Lupus erythematosus of nose cured by liquid air. (N. Y. derm. Soc. ; in : *J. of cut. dis.*, May 1908.)

DANLOS. — Poussée aiguë de lupus érythémateux avec albuminurie. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 5, Mai 1908.)

FORDYCE. — Lupus erythematosus of the nose. (N. Y. derm. Soc. , March 26, 1907 ; in : *Journ. of cut. dis.*, June 1907.)

FOX. — Lupus erythematosus or vulgaris? (N. Y. derm. Soc., ; in : *J. of cut. dis.*, March 1907.)

GRAHAM LITTLE. — Lupus erythematosus. (D. Soc. of London, jan. ; in : *Brit. j. of D.*, Febr. 1907.)

HUBBARD. — Lupus erythematosus. (N. Y. Acad. of med., March 5, 1907 : in : *Journ. of cut. dis.*, June 1907.)

JACKSON A. FORDYCE. — Lupus erythematosus. (N. Y. derm. Soc. ; in : *J. of cut. dis.*, May 1908.)

LEREDDE et MARTIAL. — Etude sur le traitement du lupus érythémateux. (*Rev. pr. d. mal. cut.*, n° 2, févr. 1908.)

LEREDDE et R. MARTIAL. — Etudes sur le traitement du lupus érythémateux (type fixe). (*Rev. pr. d. mal. cut.*, n° 4 et 5, avril et mai 1908.)

LUSTGARTEN. — Lupus erythematosus. (N. Y. derm. Soc., April 23, 1907 ; in : *Journ. of cut. dis.*, July 1907.)

RIDLEY a. SAVILL. — Lupus erythematosus. (Derm. Soc. of Gr. Br. a. Ir., Febr. ; in : *Brit. J. of D.*, Apr. 1906.)

SCHAMBERG. — A case of lupus erythematosus in early childhood. (*J. of cut. dis.*, Aug. 1906.)

SICHEL a. PERRY. — Lupus erythematosus. (Derm. Soc. of London, March. ; in : *Brit. J. of D.*, Apr. 1906.)

TH. SMITH. — Mucous membrane lesions in lupus erythematosus. (*Brit. J. of D.*, Febr. 1906.)

L. SPITZER. — Association de lupus érythémateux et de lupus tuberculeux. (*Ann. de D. et S.*, T. VIII, n° 3, mars 1907.)

STELWAGON. — Lupus erythematosus. (Philad. derm. Soc. : in ; *J. of cut. dis.*, Aug. 1906.)

STELWAGON. — Possible lupus erythematosus. (Philad. derm. Soc. ; in : *J. of cut. dis.*, Aug. 1906.)

STELWAGON.— Probable lupus erythematosus of the mucous membrane of the mouth and lips. (Phil. derm. Soc. ; in : *J. of cut. dis.*, March 1907.)

STOUT. — Lupus erythematosus. (Philad. derm. Soc. ; in : *J. of cut. dis.* Aug. 1906.)

STOWERS. — Lupus erythematosus. (Derm. Soc. of Gr. Br. and. Irel ; in : *Brit. J. of D.*, Jan. 1906.)

THOMSON. — Lupus érythémateux. (*Bull. Soc. belge D. et S.*, n° 1, 1906-1907.)

L. WEISS. — Lupus erythematosus. (Manh. derm. Soc. ; in : *J. of cut. dis.* oct. 1906.)

WHITEHOUSE. — Erythema following erysipelas, closely ressembling Lupus erythematosus. (N. Y. Soc. of derm. ; in : *J. of cut. dis.*, oct. 1906.)

Chancre syphilitique

M. BUREAU et BRILLOUET. — Chancre syphilitique du mamelon. (Soc. méd. chir. d. Hôp., 22 nov. 1906 ; in : *Gaz. méd. de Nantes*, p. 1077, 1906.)

H. MALHERBE. — Sur le début des chancres syphilitiques génitaux ; cas de diagnostic. (*Gaz. méd. de Nantes*, n° 47, 24 nov. 1906.)

QUEYRAT. — Nouveau cas d'auto-inoculation de chancre syphilitique. (*Bul. Soc. méd. Hôp.*, n° 36, 13 déc. 1906.)

QUEYRAT. — Dix-septième cas d'auto-inoculation positive de chancre syphilitique. (*Bull. Soc. méd. Hôp.*, n° 8, 7 mars 1907.)

SIEMS et RAJAT. — Chancre syphilitique des fosses nasales. (Soc. méd. d. Hôp., Lyon ,18 juin 1907 ; in : *Lyon méd.*, n° 40, 6 oct. 1907.)

Tertiarisme

BATUT. — Du traitement hydrargyrique et du traitement ioduré dans le traitement du tertiarisme. (*Bull. Soc. méd.-chir.*, Drôme et Ardèche, n° 5, mai 1907.)

CALVET, ROCHEBLAVE et ROURE. — Du traitement hydrargyrique et du traitement ioduré dans le traitement du tertiarisme. (*Bull. de la Soc. méd.-chir., Drôme* et *Ardèche*, n° 6, juin 1907.)

DANEL. — Gommes syphilitiques multiples de la mamelle. (*J. d. Sc. méd.* Lille, n° 49, 7 déc. 1907.)

GUILBAUD, TEXIER et LEVESQUE. — Gomme syphilitique de la langue. (Soc. méd.-chir. d. Hôp., ; in : *Gaz. méd. de Nantes*, oct. 1907.)

JAMBON. — Syphilis tertiaire précoce avec présence, dans des ulcérations amygdaliennes, de « fuso-spirilles » de Vincent, et de « treponema pallida » de Schaudinn. (Soc. méd. des Hôp. Lyon., 29 janv. 1906 ; in : *Lyon méd.*, n° 10, 10 mars 1907.)

LAPOWSKI. — Large gumma of the breast.(N. Y. Acad. of med., March 3, 1908 ; in : *J. of cut. dis.*, Aug. 1908.)

MIKHAILOV. — L'iodure de potassium comme réactif pour le diagnostic différentiel rapide entre la syphilis tertiaire et le cancer des organes internes inaccessibles à l'examen physique direct et comme moyen de traitement de ces localisations cancéreuses. (*Roussk. Vratch*, 16 déc. 1906.)

NICOLAS et Paul BONNET. — Gommes syphilitiques précoce (Soc. d. Sc. méd. Lyon, 6 mars 1907 ; in : *Lyon méd.*, n° 23, 9 juin 1907.)

NICOLAS et PETITJEAN. — Sur un cas de syphilis gommeuse héréditaire tar-

dive. (Soc. des Sc. méd. Lyon, 25 avril 1906 ; in : *Lyon méd.*, n° 23, 10 1906.)

PAROUNAGIAN. — Reccurrent gummata of the epididymis. (Manhat. d. soc., May 3, 1907 ; in : *J. of cut. dis.*, Apr. 1908.)

ROQUE et JAMBON. — Syphilis tertiaire maligne à déterminations gommeuses multiples. (Soc. méd. d. Hôp., Lyon, 26 févr. 1907 ; in : *Lyon méd.*, n 14 avril 1907.)

SOULIGOUX et LAGANE. — Syphilome de la plèvre pariétale. (Soc. anat. juil. 1908 ; in : *Presse méd.*, n° 61, 27 juil. 1908.)

Syphilis — Varia

ASHMEAD. — Origin of syphilis in Pre-Columbian America. (*Amer. J. of D.*, June 1908.)

ASHMEAD. — On the suppositions relationship of crime with Syphilis. (*Ameri. J. of D.*, sept. 1908.)

BARDUZZI. — Sifilide da Allattamento. (Soc. derm. ital., 18 dic. 1907 ; in : *G. ital. d. mal. ven.*, fasc. II, 1908.)

CIUFFO. — Su alcune proprieta biochimiche del sangue di sifilitici. (*Giorn. ital. d. mal. ven.*, fasc. IV, 1908.)

H. DUFOUR et A. MARTIN. — Néphrite syphilitique et son traitement. (*Bul. Soc. méd. Hôp.*, n° 18, 30 mai 1907.)

EHRMANN. — Diabetes infolge von Syphilis. (D. med Woch., 30 1908 ; Ar. in : *D. med. Zeit.*, n° 62, 3 Aug. 1908.)

H. FABRY. — Ueber extragenitale Syphilis. (*Zeits. f. Bek. d. Geschl.*, B. 8, Nr 5, sept. 1908.)

FERNET. — De l'alcoolisme et syphilis causes de décès dans les hôpitaux et hospices de Paris. (*Bul. Soc. méd. Hôp.*, n° 31, 8 nov. 1906.)

FERNET. — De la mortalité par alcoolisme et par syphilis dans les hôpitaux et hospices de Paris. (*Bul. Soc. méd. Hôp.*, n° 29, 24 oct. 1907.)

FIEUX et MAURIAC. — Transmission mortelle au fœtus d'une syphilis post-conceptionnelle tardive. (Soc. de méd. et chir. Bordeaux, ; in : *Gaz. h. d. Sc. méd. de Bordeaux*, n° 37, 13 sept. 1908.)

FOX. — Alopecia syphilitica. (N. Y. derm. Soc., March 1908 ; in : *J. of cut. dis.*, July 1908.)

FRUHINSHOLZ. — Syphilis et parturition. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er juin 1906.)

GAUCHER et LÉVY-BING. — Ostéopathies of quaternary Syphilis. (*J. of cut. dis.*, Jan. 1908.)

KAREWSKI.—Chirurgische Syphilis. (*Berl. klin. Woch.*, Mai 1908 u. *D. med. Zeit.*, n° 63, 6 Aug. 1908.)

M. LABBÉ et CHAILLOUS.—Anémie pernicieuse progressive d'origine syphilitique. (*Bull. Soc. méd. Hôp.*, n° 26, 26 juil. 1906.)

LAPOWSKI. — For diagnosis tuberculide or syphilis? (N. Y. Acad. of med., March 3, 1908 ; in : *J. of cut. dis.*, Aug. 1908.)

LEVADITI. — Die Syphilisfrage auf dem XIV. Kongress für Hygiene und Demographie. (*Presse méd.*, n° 90, 1907, u. *D. med. Zeit.*, n° 63, 6 Aug. 1908.)

LÉVY-FRANCKEL. — Néphrite syphilitique tertiaire avec anasarque, ascite

t hydrothorax double. Insuffisance du régime déchloruré jusqu'au traitement mercuriel. (*Bull. Soc. méd. Hôp.*, n° 16, 16 mai 1907.)

P. Maisonneuve. — Expérimentation sur la prophylaxie de la syphilis. (*Gaz. méd. de Nantes*, 1er déc. 1906.)

Mewborn. — For diagnosis (Psoriasis or syphilis ?). (N. Y. derm. Soc., March 24, 1908 ; in : *J. of cut. dis.*, July 1908.)

Neisser (Albert). — Theses proposed for the discussion on syphilis at the tenth congress of the German dermatologic Society at Francfort, Germany. (*Amer. J. of D.*, July 1908.)

V. Notthaft. — Beiträge zur Legende von der Altertums-syphilis. (*Derm. Zeitsch.*, B. XIV, H. 10, Okt. 1907.)

P. Parisot. — Secret médical et syphilis. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er déc. 1906.)

Queyrat. — Adéno-phlegmon du cou consécutif à un chancre syphilitique de la lèvre supérieure. Phénomènes graves. Guérison. (*Bull. Soc. méd. Hôp.* n° 20, 13 juin 1907.)

Queyrat. — Arthropathie du coude chez une syphilitique, considérée comme tumeur blanche et guérie par l'iodure de potassium. (*Bull. Soc. méd. Hôp.*, n° 24, 11 juil. 1907.)

Quinn. — Congenital syphilis. (Chicago derm. Soc., nov. 29, 1907 ; in : *J. of cut. dis.*, March 1908.)

Robinson (Orleman). — Syphilis. (N. Y. Acad. of Med., Oct. 1, 1907, in : *J. of cut. dis.*, Jan. 1908.)

Roux et Metchnikoff. — Recherches sur la syphilis. (*Bull. de l'Acad. de Méd.*, n° 19, 8 mai 1906.)

Scherber. — Die extragenitale Syphilis. (*Zeits. f. Bek. d. Geschl.*, B. 8, Nr 5, sept. 1908.)

Sézary. — Ictère grave syphilitique de la période secondaire. Anatomie pathologique et microbiologie. (*Presse méd.*, n° 78, 26 sept. 1908.)

Silvestri. — Sifilide do allattamento. (Soc. derm. Ital., 18 dic. 1907 ; in : *G. ital. d. mal. ven.*, fasc. II, 1908.)

Simpson. — Syphilis. (Chicago derm. Soc., March 27, 1908 ; in : *J. of cut. dis.*, Aug. 1903.)

Smith (Elliot). — La prétendue découverte de la syphilis chez les Egyptiens de l'époque préhistorique. (*J. de Méd. de Paris*, n° 38, 19 sept. 1908.)

White and Burns. — Two cases of syphilis. (Boston derm. Soc., Jan.1908 ; in : *J. of cut. dis.*, Aug. 1908.)

La syphilis devant le 4e congrès international des médecins experts des Compagnies d'assurances (Berlin, 10-15 septembre 1906). (*Ann. de thér. D. et S.*, T. VII, n° 2, 20 janv. 1907.)

Syphilis cutanée

L. Bernard. — Un cas de syphilis diffuse du névraxe (syndrome Guillain-Thaon). (*Bull. Soc. méd. Hôp.*, n° 22, 27 Juin 1907.)

Bonnamour. — Syphilis bulbaire. (Soc. méd. d. Hôp. Lyon, 8 mai 1906, in : *Lyon méd.*, n° 22, 3 juin 1906.)

L. M. Bonnet. — Syphilide acnéique et pustuleuse. (Soc. d. Sc. méd. Lyon, 9 janv. 1907 ; in : *Lyon méd.*, n° 11, 17 mars 1907.)

Bouveyron. — Syphilide acnéique du nez et kérato-conjonctivite secondo-tertiaire. (Soc. d. Sc.-méd. Lyon, 8 mai 1907 ; in : *Lyon méd.*, n° 34, 25 août 1907.)

M. et G. Bureau. — Eruption généralisée de syphilides en cocarde, consécutive à la transformation des éléments d'une roséole. (Soc. méd. chir. d. hôp., in : *Gaz. méd. de Nantes*, oct. 1907.)

Danlos.—Un cas d'écrouelles syphilitiques inguinales. (*Bull. Soc. fr.D. et S.*, n° 3, mars 1908.)

Fordyce. — Miliary papular syphilide resulting in large circinate patches. (N. Y. derm. Soc., March 24, 1908 ; in : *J. of cut. dis.*, July 1908.)

Gaucher et Bory. — Syphilis ou tuberculose de l'anus.(*Bull. Soc. fr. D. et S.*, n° 3, mars 1908.)

Gaucher et Bory. —Tuberculose ou syphilis linguale. (*Bull. Soc. fr. D. et S.*, n° 3, mars 1908.)

Gaucher et Nathan. — Syphilide chrancriforme de la vulve. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 3, mars 1908.)

Hartzell. — A probable case of tubercular syphilide resembling tuberculosis cutis verrucosa. (Philad. derm. Soc., March 17, 1908 ; in *J. of cut. dis.*, July 1908.)

Hartzell. — Tubercular syphilodermata resembling tinea sycosis. (Phil. derm. soc., March 17, 1908 ; in : *J. of cut. dis.*, July 1908.)

Hoffmann. — Syphilides secondaires chez les singes inférieurs. (Soc. de méd. berlinoise, 15 juil. 1908 ; in : *Sem. méd.*, n° 30, 22 juil. 1908.)

Laignel-Lavastine et J. Troisier. — Méningo-myélite syphilitique avec hémianopsie et réaction hémiopique. (*Bull. Soc. méd. Hôp.*,n° 29, 24 oct. 1907.

Nicolas et Favre. — Contribution à l'histologie pathologique des syphilides tertiaires cutanées (cellules géantes et follicule syphilitique). (Soc. méd. d. Hôp. Lyon, 19 mars 1907 ; in : *Lyon méd.*, n° 24, 16 juin 1907.)

Nicolas et Favre. — Sur un cas de syphilides ulcéreuses à cicatrisation chéloïdienne. (Soc. méd. d. Hôp. Lyon, 29 mai 1906 ; in : *Lyon méd.*, n° 28, 15 juil. 1906.)

Parounagian.—Tubercular syphilide of nose and palate. (Manhat. derm. Soc., nov. 1, 1907 ; in : *J. of cut. dis.*, July 1908.)

Perrin et Parisot. —Myélite syphilitique à forme de sclérose en plaques. (Société de méd. de Nancy, 25 juillet 1906 ; in : *Rev. méd. de l'Est*, 1er janv. 1907.)

Peyré. — Un caso de tic en el curso de una sifilis cerebro-espinal. (*Rev. de med. y Cir.*, n° 5, Mayo 1907.)

Pfahler. — Epithelioma resembling syphilis (a probable case of). (Philad. derm. Soc., March 17, 1908 ; in : *J. of cut. dis.*, July 1908.)

Queyrat. — Coexistence de paralysie générale avec des syphilides cutanées. (*Bull. Soc. méd. Hôp.*, n° 39, 3 janv. 1907.)

P. Richez. — Les syphilides lupiformes du nez. (*La Clin.*, n° 36, 4 sept. 1908.)

Robinson (A.-R.) et Orleman Robinson. — Parasitic dermatitis, resembling a syphilide. (N. Y. derm. Soc., nov. 26, 1907 ; in : *J. of cut. dis.*, Febr. 1908.)

SCHMITT. — Syphilides ulcéro-tuberculeuses de la face. (Soc. méd. de Nan cy, 12 juin 1907 ; in : *Rev. méd. de l'Est*, 1er sept. 1907.)

SPILLMANN. — Syphilides ulcéro-tuberculeuses de la face. (Soc. de méd. de Nancy, 12 juin 1907 ; in : *Rev. méd. de l'Est*, 1er sept. 1907.)

SPILLMANN et M. PERRIN. — Syphilides serpigineuses chez un ataxique (Soc. de méd. de Nancy, 6 juin 1906 ; in : *Rev. méd. de l'Est*, 15 oct. 1906.)

SPILLMANN et PERRIN. — Paralysie générale et syphilides palmaires. (Soc. de méd. de Nancy, 28 mars 1906 ; in : *Rev.m éd. de l'Est*, 1er juil. 1906.)

SPILLMANN et PERRIN. — Association de la paralysie générale avec des syphilides cutanées en évolution. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 mai 1906.)

WALLIS. — Lichen planus associated with a probable palmar syphilide. (Philad. derm. Soc., March 17, 1908 ; in : *J. of cut. dis.*, July 1908.)

Syphilis héréditaire

FOX (Howard). — Hereditary Syphilis. (N. Y. Acad. of Med., Oct. 1, 1907, in : *J. of cut. dis.*, Jan. 1908.)

GOTTHEIL. — Syphilis hereditaria tardiva, rupial and tubercular general exanthem. (Manhat. derm. Soc., Nov. 1, 1907 ; in : *J. of cut. dis.*, July 1908.)

G. GUILLAIN et LÉVY-FRANCKEL. — Microdactylie symétrique aux mains et aux pieds chez un hérédo-syphilitique. (*Bull. Soc. méd. Hôp.*, n° 26, 25 juil. 1907.)

LAPOWSKI. — Erythema recidivans urticans faciei in a hereditary syphilitic subject. (N. Y. Acad. of med., dec. 3, 1907 ; in : *J. of. cut. dis.*, Apr. 1908.)

G. PETIT et MINET. — Rapport sur un cas d'hérédo-syphilis, avec foie silex. Anémie syphilitique. Présence de spirochètes dans le sang. (*Bull. Soc. méd. Hôp.*, n° 12, 18 avr. 1907.)

SCHÜLLER. — Ueber hereditär-syphilitische Herderkrankungen bei Kindern und die Verbreitung der protozoïschen Parasiten in denselben. (*Derm. Zeitsch.*, B. XII, H. 1, Jan. 1905.)

C. STERN. — Ueber Neuinfektion Hereditärsyphilitischer und über Reinfektion im allgemeinen. (*Derm. Zeits.*, B. XIV, H. 4, Apr. 1907.)

Leucoplasies

BRANDWEINER. — Leukoplakie der Glans penis. (Wien. derm. Gesellsch., 21 Febr. 1906 ; in : *Monatsh. f. prakt. Derm.*, B. 42, n° 12, 15 juin 1906.)

ENGLISCH. — Leucoplasie et malakoplasie. (Zeitsch. f. Urol., t. I, fasc. VIII et IX, 1907 ; Anal. in *Presse méd.*, n° 27, 1er avril 1908.)

FISCHKIN. —Leucoplakia of the lower lip. (Chicago derm. Soc., Apr. 24, 1908 ; in : *J. of cut. dis.*, sept. 1908.)

FUCHS. — Zur Kenntnis der Leukoplakia penis. (*Arch. f. D. u. S.*, XCI B., 1 H., juin 1908.)

HYDE. — Leucoplakia of the vulva with carcinomatous change. (Chicago derm. Soc., oct. 25 ,1907 ; in : *J. of cut. dis.*, jan. 1908.)

MORESTIN. — Leucoplasie vulvaire. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 2, fév. 1907.)

Morestin. — Leucoplasie linguale très étendue traitée par l'extirpati... (*Bull. Soc. fr. D. et S.*, n° 10, nov. 1907.)

Morestin. — Leucoplasie linguale étendue traitée par la décorticat... (*Bull. Soc. fr. de D. et S.*, n° 2, févr. 1908.)

J. P. Oberndorfer. — Leukoplakia linguæ. (Manh. derm. Soc., Fe... 1907 ; in : *Journ. of cut. dis.*, July 1907.)

Ochs. —Leucoplakia lingualis. (Manh. derm. Soc. ; in : *J. of cut. dis.*, Oc... 1906.)

Schambberg. — A case of leucoplakia. (Philad. derm. Soc., nov. 20, 19...; in : *Journ. of cut. dis.*, March 1907.)

Solieri. — Leucoplasie de la muqueuse des voies urinaires. (*Policlin. Se... chir.*, fasc. 10, oct. 1907.)

Wallis. — Leukoplakia undergoing epitheliomatous change. (Philad. der... Soc., March 17, 1908 ; in : *J. of cut. dis.*, July 1908.)

Weiss (L.). — Benign papilloma of the tongue coincident with extensi... leukoplakia. (Manhat. derm. Soc., Apr. 5, 1907 ; in : *J. of cut. dis.*, Febr. 1908.)

TRAVAUX ORIGINAUX

—

LES SYPHILIS IGNORÉES

par le Dr Henri MALHERBE (de Nantes).

Dans le courant de ces dernières années, la syphilis a vu considérablement s'étendre son domaine. La syphilis acquise, comme la syphilis héréditaire, se sont vu attribuer des manifestations nouvelles et variées. Des types bigarrés ou hybrides, formés de lésions syphilitiques associées à d'autres manifestations pathologiques, cancer, tuberculose, ont été distingués. Enfin toute la catégorie des maladies parasyphilitiques, tabès, paralysie générale, leucoplasie buccale, est encore venue grossir ce bilan déjà si lourd. Est-ce là tout, de nouveaux troubles morbides ne seront-ils pas encore attribués à cette terrible maladie cause de tant de méfaits ?

La chose est possible.

Quoi qu'il en soit, et malgré cette richesse en manifestations de tout ordre, il arrive fréquemment, et ceci a une grande importance pratique, que la syphilis passe inaperçue, en un mot, les syphilis ignorées ne sont pas rares.

Voici, en général, comment les choses se passent : un malade vient vous consulter avec des lésions gommeuses manifestement syphilitiques. A votre interrogatoire, à toutes les questions que vous lui posez, il répond toujours : je n'ai jamais eu la syphilis, je n'ai jamais rien eu; parfois même, il s'étonne ou s'indigne de votre demande.

Convaincu pourtant de l'excellence de votre diagnostic, vous instituez le traitement spécifique et le mal guérit rapidement. Il s'agissait donc bien de syphilis.

C'est là, peut-on dire, le cas type.

Mais comment se fait-il qu'une telle affection puisse demeurer ignorée de celui qui la porte. Chose étrange, le fait se rencontre journellement, il y a de par le monde, une foule de sujets qui ont la syphilis sans le savoir.

Quelles sont les causes de cette syphilis ignorée ?

Elles sont variables.

1° La syphilis peut être ignorée par erreur de diagnostic ;

2° La syphilis peut être ignorée en raison des conditions dans lesquelles la contagion s'est faite ;

3° La syphilis peut être ignorée parce que le malade la cache sciemment et volontairement ;

4° La syphilis enfin peut être ignorée parce que héréditaire, elle s'est manifestée tardivement, voire à la deuxième génération.

Toutes ces causes méritent d'être expliquées. La première est à retenir. Il y a, en effet, des erreurs de diagnostic, parfois elles sont dues à la négligence, l'oubli ; on ne songe pas à la syphilis, le chancre, le bubon, la roséole, les plaques muqueuses, les ganglions, la céphalalgie, l'alopécie, sont attribués à diverses causes ou passent méconnus.

Le chancre peut être petit, rudimentaire, superficiel, caché sous le prépuce, évoluer et disparaître en quelques jours.

Le bubon, toujours indolent, n'est pas, dans les trois quarts des cas, aperçu du malade.

Les syphilides cutanées ne provoquent aucune douleur et, pour peu qu'elles soient discrètes, elles peuvent passer sans être remarquées.

Les plaques muqueuses de la bouche, de la gorge, peuvent être prises pour des aphtes, de l'angine simple.

D'autres fois, ces erreurs de diagnostic tiennent aux formes bizarres, hétéroclites, que revêt la syphilis, véritable Protée.

La seconde des causes précitées est surtout intéressante. La syphilis peut être méconnue par suite de la façon dont se fait la contagion. Le chancre peut être extra-génital. Pour beaucoup, la syphilis est une maladie vénérienne résultat de la débauche, que penser alors d'un chancre siégeant sur la bouche, le visage, la cuisse, la main, les doigts. Pour peu que ce chancre ait des allures spéciales, on ne se méfie pas et voilà tout soupçon de syphilis écarté. Telles sont les syphilis transmises au foyer domestique, de maîtres à serviteurs ou réciproquement, de frère à sœur, tels sont nombre de cas de syphilis infantiles, beaucoup de syphilis professionnelles concernant médecins, accoucheurs, sages-femmes. La syphilis encore peut être ignorée parce que ses manifestations sont méconnues. Ceci se voit particulièrement dans la

basse classe, le peuple ; plus rarement dans les classes dirigeantes. Ces dernières, en effet de par leur culture intellectuelle, leur éducation, leurs lectures, connaissent la syphilis et ne la laissent pas passer inaperçue. Le fait d'ailleurs de l'ignorance de la syphilis est plus rare chez l'homme que chez la femme. Caché dans les replis des organes génitaux, le chancre, chez cette dernière, peut plus facilement que chez l'homme se dérober aux regards. Ensuite les femmes parlent peu ou pas de syphilis, pour beaucoup le nom même de cette maladie est inconnu. Ajoutons que beaucoup succombent à la tentation sans être dépravées et que l'infection se fait dès le premier rapport sexuel, que, par conséquent, elle sera fatalement méconnue et ignorée.

Disons enfin que dans certains cas des maris ou des amants, coupables d'avoir contaminé femme ou maîtresse, auront tout fait pour les tromper et les abuser sur la nature de leur mal. Qu'un amant contagionne sa maîtresse, il se garde de l'en avertir. « Ce coupable, dit le professeur Fournier, choisit un médecin, puis dans une visite préalable, il lui annonce sa visite le lendemain pour lui amener sa victime ; recommandant bien de ne rien dire, car ce serait la disparition du bonheur du ménage. Il y a donc une véritable conspiration entre l'amant et le médecin qui ne dira rien et détournera les soupçons de la femme ».

Que vingt-cinq ans plus tard, cette victime se montre à un médecin, elle affirmera n'avoir jamais eu la syphilis.

La syphilis peut encore rester méconnue parce qu'il y a des malades qui dissimulent leur état. Les malades mentent sciemment, audacieusement à leur médecin, surtout les femmes. Ecoutez, par exemple, l'histoire suivante : Il y a dix ans environ, je donnais mes soins à une jeune fille du peuple atteinte de syphilis récente : chancre vulvaire, roséole diffuse, plaques hypertrophiques anales et péri-vulvaires. Très insouciante et fort négligeante, dès qu'elle fut blanchie, cette jeune femme cessa de venir me voir. Il y a deux ans, je vis entrer dans mon cabinet un grand jeune homme blond et lymphatique atteint d'un mal de gorge violent et d'urticaire, disait-il. Le mal de gorge était un superbe chancre de l'amygdale, et l'urticaire une roséole papuleuse ortiée. Depuis six mois, ce jeune sujet n'avait vu qu'une femme, sa maîtresse attitrée. Averti de la nature de son mal, il décide de m'envoyer dès le lendemain ladite maîtresse. Le lendemain, la femme qui se présente à mon ca-

binet,de la part de ce malade, n'était autre que la jeune fille prée.-tée. Examinée, je la trouvai atteinte de syphilides vulvaires, érosives de fraîche date. Je lui rappelai alors son passé ; mais grande fu ma stupéfaction en voyant cette femme nier tout antécédent syphilitique et m'affirmer qu'elle n'avait jamais rien eu et ceci avec une assurance démontante, soutenant ses dénégations jusqu'au moment où je lui citai son nom et le lui montrai sur mon livre d'observations. Elle eut alors cet aveu bien simple : « Docteur, je croyais que vous ne m'auriez pas reconnue, il y a si longtemps !

Enfin la syphilis peut ne pas être dépistée parce que, sans manifestations apparentes, elle est latente. Ce fait est commun au cours de la syphilis héréditaire tardive.

Beaucoup d'adultes, en effet, portent des accidents syphilitiques souvent mal dessinés et dont la nature ne se juge que par l'épreuve du traitement, accidents qui leur viennent de l'héritage de leurs parents, parfois de leurs ancêtres.

La syphilis ignorée est-elle grave, constitue-t-elle un grand danger pour l'avenir ? Certes, oui. Elle finit par aboutir à la syphilis tertiaire ; gommes du palais amenant la perforation du voile, sténoses laryngées, ostéoses tertiaires conduisant aux grandes nécroses, portant sur les os du crâne ou du massif de la face, sarcocèle, amenant l'atrophie scléreuse et la perte définitive de l'organe, syphilis cérébrales et médullaires ; enfin toutes les catastrophes épouvantables que l'on peut voir au cours de cette terrible maladie, quand elle reste non ou mal traitée.

Une conséquence, semble-t-il, découle logiquement des faits que nous venons d'exposer dans les lignes précédentes : dans le diagnostic quel qu'il soit et surtout s'il est épineux, laissez toujours une petite place à la vérole. Quel risque court-on à tenter l'épreuve du traitement ? Aucun. S'il est inefficace, vous vous repliez en bon ordre ; si, au contraire, vous avez flairé juste, vous avez la satisfaction d'éviter au patient parfois le bistouri du chirurgien et de le rendre à la vie délivré de tourments physiques et moraux.

Nous pourrons donc dire, comme conclusion, que :

1° La syphilis ignorée, existe ;

2° Elle est fréquente, plus fréquente qu'on ne le pense ;

3° Dans bon nombre de cas n'offrant pas de caractères précis et laissant le diagnostic en suspens, il est presque un devoir de tenter le traitement d'épreuve.

Observations.

Voici maintenant quelques observations qui viennent à l'appui de notre dire. Elles sont toutes empruntées à notre pratique. En compulsant nos notes, dans un laps de temps de quatorze ans, nous avons relevé un peu plus de 80 cas de syphilis ignorée. Ici, nous ne citons que ceux que nous avons soignés, suivis et dignes de quelque intérêt.

I. — Une femme, blonde, grande, maigre et lymphatique vient nous consulter pour une large plaie siégeant à la région moyenne du mollet gauche. Cette plaie a débuté par une grosseur qui s'est ouverte et vidée spontanément. Le mal est venu peu de temps après un accouchement. La jambe est couverte de varices et la lésion a été diagnostiquée plaie variqueuse. Il s'agit manifestement d'une vaste gomme mesurant 6 à 7 centimètres de diamètre et d'ailleurs, nullement douloureuse.

Interrogée sur son passé, cette femme ne peut nous donner aucun renseignement, elle paraît tout ignorer de la syphilis. Soumise au traitement, la lésion, qui existait depuis huit mois, se cicatrise en six semaines.

II. — Un général de soixante et quelques années nous est amené un jour, par un confrère pour une éruption bizarre, sans caractères nettement définis et qui siège sur l'avant-bras gauche. Ce membre est atrophié par suite d'une grave blessure reçue en 1870, sur le champ de bataille. L'éruption est formée d'éléments à peine papuleux, d'un rouge bistre, desquamant fort peu et groupés en bouquets, ne cause aucun prurit, elle gêne seulement par sa présence ! Nous diagnostiquons syphilis, au grand ébahissement du malade, qui nous affirme « n'avoir jamais rien eu ». « Bien mieux, ajoute-t-il, pendant mes études au Quartier Latin,ma chance était proverbiale parmi mes camarades ; maintes fois je couchais avec des femmes sûrement syphilitiques sans rien attraper ». Or, comme il n'y a qu'un moyen de braver la syphilis c'est de l'avoir, il est très vraisemblable qu'au temps de ces belles prouesses, notre homme devait être en puissance d'une syphilis bénigne, qui, grâce à la vigueur de la jeunesse, gardait le silence.

Soumis au traitement spécifique, cette éruption disparut en quelques semaines.

III. — Un Israélite de 70 ans, négociant en étoffes, vient nous consulter pour des lésions cutanées apparues depuis deux ans envi-

ron. Elles sont discrètes et occupent le sixième espace intercostal gauche et l'éminence thénar du côté droit. Elles sont le siège d'un prurit modéré, mais inquiétant le malade par leur ténacité. Le nombre de traitements qu'il a essayés pour s'en défaire, est inouï. Les éléments primitifs de l'éruption sont des taches d'un rouge brun à fleur de peau, sans desquamation, ne s'effaçant pas par la pression. Il s'agit d'une éruption syphilitique indéniable, de ces lésions syphilitiques qui n'ont pas d'âge, elles tiennent à la période secondaire par leurs allures et sont, quant à leur date d'apparition, de la période tertiaire. En somme, dans son ensemble,la dermatose rappelle assez le psoriasis, diagnostic qui a été, d'ailleurs, porté maintes fois dans le cas présent. Le traitement spécifique fait justice en quelques semaines de ces éruptions et le malade nous raconte l'histoire suivante : Habitant Paris dans sa jeunesse, il fréquentait une maison de tolérance. Il eut alors une sorte d'écorchure à la verge qui fut indolore et passagère et qu'il guérit facilement avec des drogues conseillées par la tenancière du dit lieu. Depuis il jouit d'une santé parfaite et n'observa jamais aucun incident. Marié, il eut des enfants sains qui, aujourd'hui, devenus hommes et femmes, sont mariés à leur tour. Il faut donc supposer que vers le moment précité, cet homme prit la syphilis, syphilis bénigne qui resta sans traitement et sans accident pendant presque toute la vie du sujet, pour se révéler beaucoup plus tard, quarante ans après environ, par un seul et unique symptôme.

IV. — Un homme de 60 ans environ, maçon de son état, vient nous consulter pour une vaste lésion anfractueuse et bourbillonneuse de la fesse droite. On a cru jusqu'à ce jour à de la tuberculose, mais malgré tous les efforts tentés pour guérir ce mal, aucun résultat n'a été obtenu. L'état général est mauvais, pas de sommeil ni d'appétit, amaigrissement. En examinant la plaie, nous pensons à la possibilité d'une vaste syphilide gommeuse en nappe, ulcérée, nous basant, pour ainsi parler, sur l'aspect festonné du bord de l'ulcère. Traitement mixte Hg et KI, bien que le malade affirme n'avoir jamais rien eu. En quinze jours, on obtient la quasi-guérison de cette horrible plaie. Depuis, le malade n'a pas été revu.

V. — Un paysan du fond de la Vendée vient nous consulter, il y a deux ans, pour de vastes ulcères occupant la hanche, la cuisse et l'articulation tibiotarsienne du côté droit. Toutes ces lésions existent depuis près d'un an, elles sont apparues en même temps. Au début, elles étaient formées par des grosseurs qui, en quelques semaines devinrent rouges et s'ulcérèrent ; depuis, les ulcérations n'ont fait

que grandir malgré les efforts de la thérapeutique, l'ulcération tibio-tarsienne a surtout creusé, l'articulation est presque ouverte, le malade souffre et ne peut guère marcher; l'état général est mauvais. En raison du groupement des lésions au niveau de chaque foyer éruptif, nous songeons à la syphilis. A toutes nos questions, le malade oppose une négation absolue, néanmoins, nous tentons l'épreuve du traitement mixte et en trois mois, le malade est absolument guéri.

VI. — Une femme, horizontale de haute marque, très cotée pour sa beauté et la blancheur de sa peau, vient me trouver, me demandant si l'on peut faire disparaître des marbrures rosées, développées depuis quatre à cinq mois sur son cou, sa poitrine, ses bras, ses jambes. Les lésions sont attribuées, par divers médecins qu'elle a consultés, au mauvais état du tube digestif. En réalité, il s'agit de syphilides érythémateuses circinées tertiaires. Ces éruptions ne causent chez cette femme aucun symptôme subjectif, elles la gênent seulement par leur présence. En apprenant notre opinion sur son cas, grande fut l'indignation de cette hétaïre et énergiques ses dénégations, mais désirant, avant tout, se débarrasser de cette tare trop apparente, elle se décide à suivre le traitement spécifique. La lésion cède, au bout de plusieurs mois à des piqûres de sublimé.

VII. — Un homme d'une cinquantaine d'années, bien conservé et jouissant, sous tous les rapports, d'une excellente santé vient nous consulter pour un soi-disant eczéma de la face qui récidive perpétuellement et « empoisonne son existence ». Ce malade porte, en effet, sur le front, une large ulcération semi-lunaire persistante. La lésion n'est ni douloureuse ni démangeante. Elle encadre une vaste zone cicatricielle qui est la conséquence des premières atteintes du mal. Après avoir duré, en effet, quelques semaines, l'ulcération se guérit spontanément pour reparaître aussitôt sur les téguments voisins des dernières régions atteintes. Depuis deux ans, cette scène se renouvelle incessamment. Nous diagnostiquons syphilis. A nos questions, cet homme, ancien marin qui a parcouru le monde en tous sens, oppose la plus absolue négation. Mais soumis toutefois au traitement spécifique, la lésion guérit en quinze jours, Continuant alors la cure d'une façon sérieuse et suivie, cet avarié sans le savoir, voit finir son martyre.

VIII. — En 19... une jeune et élégante demi-mondaine, très lancée dans le milieu fêtard, nous demande de la délivrer d'un « gros bouton » poussé sur la commissure gauche de la bouche et qui la défigure horriblement. « Ce bouton dure depuis trois mois, ajoute-

t-elle, tantôt il se cicatrise presque, puis il s'ulcère à nouveau et r
commence. » La lésion, en effet, soumise à l'examen, est constit
par une grosseur arrondie, ayant les dimensions d'un gros pois ve
pressée entre deux doigts, elle est indolore, mollasse et par son so
met ouvert en cratère, on fait sortir des masses bourbillonneu
Nous pensons à une gomme syphilitique ? Continuant l'examen
inspectant la langue, nous en voyons l'extrémité marbrée d'un s
mis de plaques blanchâtres opalines pour les unes, excoriées et rou-
ges pour les autres. Ce sont des plaques muqueuses des mieux cara-
térisées. La malade nous apprend alors que depuis deux ans de sem-
blables lésions se reproduisent à chaque instant sur sa langue ; un
médecin consulté lui a dit que ce n'était que des aphtes.

Nous frémissons en entendant ce discours et en songeant aux nombreuses victimes que cette syphilis inconnue et promenée de-puis longtemps dans le monde de la fête a dû faire. Il fut, en effet, malgré un examen minutieux, impossible de retrouver le point de dé-part de cette avarie.

Le traitement institué aussitôt fit justice en peu de temps de tous ces accidents.

Nous arrêtons ici cette suite déjà longue d'observations ; nous en pourrions citer beaucoup d'autres ; mais, en somme, toutes semblables, leur énumération serait fastidieuse. Les quelques échantillons que nous venons de donner nous semblent suffisants pour confirmer les faits exposés dans ce travail.

Travail de la Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques de l'Université de Toulouse.

(Prof. : Dr AUDRY.)

SUR LES TACHES BLEUES (PRÉSENCE D'UNE MATIÈRE PIGMENTAIRE DANS LES LENTES).

Par le Dr PELLIER, chef de clinique.

Si Monneret n'avait pas, en 1866, émis l'opinion d'une origine pigmentaire des tâches bleues, nous laisserions de côté — parce que bien connu — tout historique de cette question. Disons seulement qu'à part l'œuvre de Bourson, Mollet et Duguet (1878-1882), il n'est rien à signaler que quelques hypothèses ; arrêt de

circulation dans les capillaires (Chedevergne 1864), stase locale de sang désoxygéné (Pouchet, 1880) ; celle d'un dépôt de matières colorantes fut toujours la première rejetée.

La question,longtemps abandonnée, fut reprise par Oppenheim (1901) à l'instigation d'Ehrmann, qui avait remarqué la présence d'une substance verte dans le corps du parasite. Renfermée dans les cellules du corps adipeux, cette matière avait été déjà signalée par les naturalistes.On la retrouve dans 80 pour cent des cas. Insoluble dans les dissolvants des graisses, elle présente quelque analogie avec la biliverdine. Mais, même sur les morpions la contenant en grande partie, Oppenheim ne peut la constater dans l'intestin, la tête ou la trompe, en sorte qu'il se crut autorisé à conclure que rien ne justifiait l'hypothèse de l'excrétion et de la production des taches bleues par ce mécanisme. L'animal cependant se nourrit de sang.Oppenheim pensa donc que « la cause des « taches bleues est la sécrétion des glandes salivaires qui pénètre « sous la peau en même temps que la piqûre de l'animal. Là, se « produit sur le sang humain extravasé, la même modification que « dans le corps du morpion ».

Le travail de Campos Huguenay (1902) n'apporte guère de faits nouveaux dans le problème : « L'hypothèse d'une substance colo- « rante est difficilement soutenable. Landois, qui a décrit les glan- « des salivaires si développées du phtirius, ne signale pas de ma- « tière colorante dans ces organes ».

Campos Huguenay n'a certainement pas connu les recherches d'Oppenheim et ne formule donc aucune opinion sur la relation possible des cellules vertes avec les taches bleues. Il attribue l'origine de ces dernières à une réaction dans les tissus analogue à celle de la teinture de gaïac sur l'hémoglobine et souhaite la voir reproduire *in vitro*.

Telle fut, en effet, la méthode que Fieche (1908) employa pour vérifier l'hypothèse d'Oppenheim. Faisant réagir des débris du parasite sur du sang, il obtint une coloration violette, due à la réduction de l'oxyhémoglobine et que d'autres corps peuvent produire.L'animal vivant placé dans du sang ne la produit pas, peut-être parce qu'il n'émet alors point de sécrétion salivaire et il est malheureusement impossible d'obtenir cette sécrétion à l'état isolé. Se produit-il une réduction du sang en présence de la peau du sujet ? La réaction s'observe *in vitro*, mais à un très faible de-

gré et d'ailleurs nombre de processus analogues ne la présentent pas. La piqûre des autres poux ne produit pas de taches bleues et s'accompagne toujours d'un certain degré d'inflammation. Fier.. pense qu'il ne peut se produire de taches bleues que parce que la quantité de sang épanché est très minime. Le sang peut être éventuellement réduit par la peau vivante et la présence d'un ferment ne lui semblerait nécessaire que dans le cas où des fragments contenant des glandes salivaires pourraient seuls reproduire la lésion. Il rejette donc l'opinion d'Oppenheim. Du mode de production des taches bleues, « de leur longue durée comme de leur persis-
« tance après abrasion de l'épiderme », il rejette l'hypothèse d'érythème toxique et incline à conclure « qu'il s'agit d'*une infiltra-
« tion de la peau par des éléments corpusculaires* qui — comme le
« prouvent les résultats négatifs des recherches faites jusqu'ici —
« doivent être très fins et situés au-dessous de l'épithélium. On
« pourrait songer à une imbibition par des matières dissoutes,
« mais leur durée y contredit ».

Nous ne prétendons pas appuyer ces considérations en démontrant l'existence de ces corpuscules ; c'est en vain qu'ils ont été recherchés dans les tissus et jusqu'à un résultat positif, le champ des hypothèses reste seul ouvert. Il semble cependant qu'il devrait se réduire si l'on arrivait à prouver que le parasite possède la faculté, que lui refuse Oppenheim, d'excréter une matière pigmentaire et à le prouver par la constatation flagrante de cette substance. Si nous voulions laisser croire qu'une logique guida notre recherche, nous dirions que le pigment n'ayant été vu ni dans l'animal, ni dans la tache, il nous vint l'idée de le chercher dans la lente. Mais ce serait montrer envers le hasard beaucoup d'ingratitude. Examinant une lente à un fort grossissement nous y trouvâmes une tache ou, plus exactement, un grain bleu.

Cet examen, répété sur un grand nombre de préparations, donna lieu à la même constatation d'une façon presque constante quel que soit le mode de préparation.

Ces grains peuvent se rencontrer en tous les points de la lente. Leur forme est irrégulière. Leur nombre est également variable et toujours restreint. Leur coloration est d'un beau bleu très intense, ne rappelant en rien la coloration verte des cellules adipeuses du parasite. Les mieux perceptibles sont ceux que l'on rencontre dans le collet chitineux retenant le sac au poil. La prépa-

ation est, en ce point, d'une remarquable netteté, tandis que la lente elle-même est encombrée de nombreux débris gris ou brun noirâtre sur lesquels le grain bleu tranche beaucoup moins bien que sur la teinte jaune-paille très homogène du collet.

Si ces grains bleus ne se rencontraient que dans la lente elle-même, on pourrait les croire contenus dans l'embryon. Leur présence dans le collet, certainement antérieure à son développement permet de rejeter cette objection. Sont-ils de même nature que la substance verte étudiée par Oppenheim, leur différence de teinte n'est-elle qu'une question de quantité ? nous ne saurions nous prononcer sur ce point. Il serait également téméraire de leur attribuer—pour si vraisemblable que cela puisse paraître—la couleur des maculæ cœruleæ. Leur constatation semble cependant nous permettre d'affirmer que le morpion est capable de produire et d'excréter une matière bleue.

BIBLIOGRAPHIE

OPPENHEIM. — *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1901, T. 57, p. 235.

CAMPOS HUGUENAY. — *Gazette des Hôpitaux*, 1902, n° 59, p. 591.

TIECHE. — *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1908, T. 91, p. 327.

RECUEIL DE FAITS

Par M. L. BATUT,

Médecin-major à l'Hôpital Militaire de Marseille.

—

PÉRIOSTITE ET OSTÉOMYÉLITE DU STERNUM

Ces lésions ne sont pas d'une rareté absolue ; elles sont dues ou à la bacillose, ou à des infections éberthiennes le plus souvent; elles peuvent occuper la totalité du sternum ou des régions limitées de cet os ; l'intervention conduit souvent jusqu'à la face profonde et on a à redouter des médiastinites secondaires graves ; nous avons lu diverses relations de trépanation du sternum pour abcès froid rétro-sternal, notamment un fait ancien de Bousquet (1890); presque toujours on note des lésions semblables sur les cartilages

costaux du voisinage ; la guérison dans les infections éberthien[nes] est souvent très longue, à moins de faire d'emblée une résect[ion] sous-périostée. Parmi divers cas observés, nous retiendrons [les] deux suivants :

Observation I. — *Ostéomyélite post-typhique du sternum et des cô[tes], curettages multiples, fistules persistantes.*

T....., 22 ans, de la marine nationale, a été atteint, en févri[er] 1907, de fièvre typhoïde et soigné à l'hôpital central de la marine [à] Toulon ; trois mois après, apparition d'une tuméfaction douloureuse pré-sternale, étendue, d'une hauteur de huit à dix centimètres, empiétant à droite sur les quatrième et cinquième côtes ; la peau devient rouge, une fistulisation est imminente. Le malade rentre à l'hôpital militaire de Bordeaux et est opéré par M. le médecin principal Pouchet, le 1er août 1907 ; le chirurgien taille un large volet en forme d'écarteur de Farabeuf, dont la partie verticale, haute de 10 centimètres, longe le bord droit du sternum ou presque ; on met à nu le sternum que l'on curette largement dans sa partie moyenne et les cartilages voisins intéressés ; on fait une tentative de réunion per primam sans drainage ; en octobre, récidive, tuméfaction profonde, et fistulisations nouvelles venant s'établir à l'angle droit supérieur de l'incision précédente ; le stylet pénètre fort loin sous le grand pectoral décollé ; nous pratiquons, le 15 octobre, un curettage étendu et vigoureux des diverses côtes de la région et du bord sternal, nous dépassons même la ligne médiane de cet os rendu friable et qui résiste fort peu sous la curette ; nous nous arrêtons à la face profonde de façon à ne pas déchirer le périoste et à éviter l'ouverture de fusées médiastinales ; durant douze jours, vive réaction, fièvre élevée, mais absence de pleurésie de voisinage ; une période de calme suit jusqu'au 1er décembre. A cette date, nouvelle poussée en bas, à droite de l'appendice xyphoïde, sur les racines des fausses côtes, tuméfaction, rougeur, fistules, cautérisations répétées au thermo-cautère tous les trois jours, puis au chlorure de zinc au 1/10, lavages à l'eau oxygénée ; il ne vient aucun débris de cartilage ; à plusieurs reprises, emploi de crayons iodoformés dans les trajets fistuleux.

Le 20 mars 1908, T..., paraît guéri de sa lésion primitive à la partie moyenne du sternum et sur les quatrième et cinquième côtes, mais la fistule paraxyphoïdienne, profonde d'un centimètre, cautérisée cinq ou six fois, persiste toujours ; elle est maintenant envahie par des bourgeons fongueux, mollasses, et le stylet arrive sur le

sternum à deux centimètres de l'appendice. L'état général est bon, le malade est gras, il n'a aucune adénopathie axillaire ; le stylet s'enfonce en dehors jusqu'à la tête de la neuvième fausse côte ; le 25 mars,on reprend les cautérisations au crayon de nitrate d'argent; le malade revu le 4 avril, puis le 12, garde toujours ce trajet sous-cutané long de sept à huit centimètres, le pus est réduit chaque matin à trois gouttelettes empesant le pansement ; nous proposons une intervention large avec résection de la tête de la neuvième côte ; elle est repoussée par T..., devenu de plus en plus pusillanime et irritable ; il est renvoyé à son corps pour liquider sa situation militaire.

OBSERVATION II. — *Abcès froid sternal et costal.*

B..., 21 ans, cavalier au 10e hussards, entre à l'hôpital militaire de Bordeaux le 21 mars 1908 ; il n'a eu ni bronchite cet hiver, ni traumatisme récent, mais il y a dix mois, il a été atteint de pleurésie droite qui a guéri sans empyème ; le facies est un peu pâle, la musculature suffisante ; il ne crache pas, l'auscultation ne révèle aucune lésion pulmonaire actuelle ; il n'a ni adénopathie cervicale, ni adénopathie trachéo-bronchique ; il y a quinze jours environ, il a vu se développer une petite tuméfaction dure, légèrement douloureuse, siégeant sur le bord externe du sternum et les sixièmes espaces intercostaux, bientôt augmentée de volume, sans rougeur de la peau et occupant actuellement une surface d'une pièce de cinq francs ; la saillie générale représente assez celle d'une montre ordinaire ; à l'aisselle droite,on note la présence d'un petit ganglion inférieur roulant sous le doigt ; le sein est souple, sans noyau d'induration. Une injection avec l'aiguille de la seringue de Roux ramène du pus du centre de la tumeur ; nous prescrivons,en attendant,du sirop d'iodure de fer et de l'huile de foie de morue.

Le 18, le malade se lève encore, il est apyrétique, mange bien, mais la tumeur a empiété vers la ligne médiane du sternum ; intervention le 21, par une incision en T dont la branche verticale longe le bord externe de cet os empiétant un peu en dedans ; le bistouri traverse des tissus infiltrés de pus d'un centimètre d'épaisseur ; profondément on trouve du pus collecté sous et extra-périostique ; pus épais et du contenu d'une cuillerée à café ; sur toute la face antérieure de l'os et sur une hauteur de cinq centimètres, on note des aspérités multiples bien perceptibles à la curette et trois ou quatre ulcérations ou pertes de substances circulaires de quatre à cinq millimètres de profondeur ; on curette toute la surface osseuse qui résiste assez bien, sauf dans les anfractuosités déjà signalées qui sont attaquées plus vigoureusement, et au fond desquelles l'os est plus

friable ; on s'arrête avant d'arriver sur la face profonde ; les cartilages costaux avoisinants paraissent sains ; eau oxygénée, chlorure de zinc au 1 /10, drain à la partie inférieure, suture de la plaie. A noter que l'intervention a été pratiquée à la cocaïne ; la nuit suivante est bonne, le pansement est un peu souillé ; le 24, on enlève le drain, absence de pus, poudre d'iodoforme, bon état général ; nouveau pansement le 1er avril, visage toujours pâle, mais l'état général est assez bon ; à notre grande surprise la plaie est définitivement cicatrisée. Le malade part en convalescence le 4 avril.

RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTRE ET URÉTROTOMIES EXTERNES

Nous avons, dans un précédent travail paru dans les *Annales des organes génito-urinaires* (août 1907), étudié la question complexe du traitement des rétrécissements blennorrhagiques ou traumatiques de l'urètre ; notre pratique portait à ce moment sur dix interventions dont sept urétrotomies externes en raison des difficultés multiples provenant soit de fistules périnéales,soit de rétrécissements indilatables n'admettant pas la tige de l'urétrotome ; nos interventions ont été faciles et nous n'avons pas eu les difficultés que l'on signale habituellement que la profondeur du périnée. Nous reconnaissons cependant dans la dilatation, lorsqu'elle est possible, est préférable à l'instrument tranchant qui exige une certaine sûreté de main et des soins consécutifs ; l'urétrotomie interne est une ressource pour les sujets pusillanimes ; mais dans les cas de rétrécissements multiples,après section de ces derniers, il arrive parfois que la mince tige du cathéter cannelé tourne difficilement autour du bord inférieur du pubis, et quoique armée de la bougie conductrice,se refuse à pénétrer dans la vessie. nous nous demandons s'il n'y aurait pas lieu de substituer après la section, au léger et trop mince cathéter cannelé concave ou convexe, un Béniqué n° 12 ou 14 armé d'un pas de vis qui s'adapterait à la bougie, pénètrerait facilement dans le col,le dilaterait et ferait ainsi la voie à la tige rigide,mise secondairement à sa place, pour la mise en position de la sonde à bout coupé.

Nous n'avons pas l'expérience de l'électrolyse,qui semble entrée dans la phase expérimentale et tonitruante, dans la pratique cou-

rante de nombreux spécialistes ; nous avouons ne pas reconnaître ses avantages,vu la bénignité habituelle de l'urétrotomie interne dont nous donnons deux nouveaux faits.

OBSERVATION I. — *Rétrécissement antérieur, suite de circoncision, urétrotomie sous conducteur.*

Ch..., 22 ans, 57e d'infanterie, entre à l'hôpital de Bordeaux, évacué de Libourne, le 11 avril 1908 ; il a été atteint de gonococcie urétrale, rendant la miction pénible, se faisant goutte à goutte, et de balanite provoquée par un phimosis congénital ; circoncis à Libourne, il a gardé un gros œdème du fourreau et du gland et une miction des plus pénibles ; à son arrivée à Bordeaux, nous notons une atrésie presque complète du méat ne permettant pas l'introduction d'une bougie filiforme.

Après une désinfection extérieure préalable, nous incisons le méat, introduisons une bougie n° 8, pratiquons une injection urétrale de cocaïne au 1/100e suivie d'une double incision en haut et en bas du canal ; sur une hauteur de quatre centimètres à la paroi inférieure, le bistouri traverse un tissu dur, crayeux, criant sous le scalpel; immédiatement après nous pouvons introduire dans la vessie le Béniqué n° 41. Le lendemain la température qui est à 39°,tombe dès que nous pratiquons un lavage de l'urètre au permanganate de potasse au 1/2000e ; matin et soir nous nettoyons la partie antérieure du canal avec un tampon imbibé de permanganate ; il y a du pus à chaque séance, mais le malade urine assez aisément ; bientôt nous substituons l'eau oxygénée au permanganate.

Le 13 avril, l'œdème du fourreau persiste, on passe très difficilement le n° 43 ; il existe des cicatrices rétractiles balano-préputiales formant une collerette dans le sillon rétro-glandulaire; le gland reste toujours dur et œdématié ; le 14, tendance à la reproduction du rétrécissement, le Béniqué 41 entre très difficilement et provoque une urétrorrhagie ; lavages quotidiens au permanganate ; le 17, apyrexie, miction facile, mais le n° 38 est arrêté à trois centimètres du méat, l'œdème pénien et balanique n'a pas cédé ; le 19, il diminue un peu et le 29 passe ; il persiste cependant de l'œdème scrotal et un léger bourrelet rétro-balanique ; le 22, nouvelle tendance à la récidive, le n° 35 passe difficilement,mais le méat ne donne plus de pus ; le 25, on franchit avec le 35 ; successivement, nous reprenons notre dilatation progressive, faisons franchir l'urètre antérieur par le 39, par le 41 à la date du 5 mai ; finalement le malade sort guéri après disparition très lente de l'œdème pénien à la date du 8 mai, ayant un jet vigoureux et facile.

Incontestablement, les accidents précédents sont dus à une infection post-opératoire, à la suite de la circoncision, d'où œdème du gland et du fourreau, rétrécissement très serré de l'urètre antérieur et rétention très marquée.

OBSERVATION II. — *Rétrécissement blennorrhagique tardif de l'urètre, urétrotomie interne, guérison rapide.*

Le sergent S..., 30 ans, de la légion étrangère, entre le 26 juillet 1908 à l'hôpital militaire de Marseille, pour troubles de la miction devenue très pénible depuis un mois environ ; il a été soigné à Mascara, il y a quatre ans, pour des accidents de rétrécissement qui ont cédé à la dilatation progressive par les béniqués ; depuis, détaché au Tonkin dans des postes isolés, il ne s'est pas soigné et au moment de son embarquement à Hanoï, il y a quarante jours, il a de la rétention, pisse goutte à goutte ; à bord, faute de sondes, on l'aurait laissé dans le même état.

A son entrée dans nos salles, dès le débarquement, il a des urines sales, la langue humide, l'haleine forte, la vessie gonflée par rétention, indolore toutefois ; la miction est pénible, très incomplète et se fait goutte à goutte. La bougie exploratrice n° 7 passe très péniblement à travers le canal qui présente deux rétrécissements distants l'un de l'autre de deux centimètres et situés l'un à la région membraneuse, l'autre plus profondément, vers la région prostatique ; le canal a des cryptes larges, des irrégularités, dans lesquelles s'enfonce la bougie filiforme de l'urétrotome.

Au niveau du bulbe, la bougie n° 8 a été arrêtée vigoureusement ; la bougie de l'urétrotome passe à son tour, mais l'extrémité vissée du cathéter est arrêtée, elle aussi, après section d'un premier rétrécissement ; nous remarquons toutefois que la manœuvre d'hier avec la bougie n° 8, bien qu'imparfaite, a rendu à S..., un jet plein, ce qui l'a soulagé beaucoup et ce qu'il n'avait pu faire depuis plus d'un an. En raison d'une légère urétrorrhagie nous donnons un bain tiède et faisons prendre au malade 0 gr. 50 de quinine.

Le lendemain, 29 juillet, nous pouvons passer un Béniqué n° 14, mais le n° 15 est arrêté ; la miction se fait encore à plein canal, sans réaction de fièvre urineuse (frissons, sueurs, langue rôtie, hyperthermie, etc.). Le 30, nous passons avec un Béniqué n° 32, mais provoquons un spasme du col difficile à vaincre ; la vessie se vide bien, les urines sont claires ; successivement disparaissent les douleurs diffuses de l'hypogastre et le malade admet bientôt un n° 40, qui frotte dans la profondeur sur un trajet rugueux. L'état général est devenu excellent et le malade sort le 11 août complètement rétabli.

ANTHRAX DE LA LÈVRE SUPÉRIEURE

C....., 23 ans, sergent à la 15e section d'infirmiers, entre à l'hôpital militaire de Marseille, le 20 août 1908, pour un eczéma aigu de la lèvre supérieure, survenu depuis deux jours sans cause apparente et caractérisé par un épaississement de la lèvre supérieure proéminant sur la moitié droite et qui atteint deux centimètres ; l'exsudation est minime, agglutinée à une moustache peu touffue ; la pression de la lèvre entre les doigts est très douloureuse ; il n'y a ni rhinite concomitante, ni furoncle de la barbe, ni ulcération sous-jacente, sur la muqueuse interne de la lèvre; à côté du pli pénien droit, léger furoncle entouré d'une zone rougeâtre œdématiée ; par les bases de nombreux poils de la lèvre, surtout à droite, sourd du pus épais, gluant ; il existe une véritable écumoire de petits orifices pilo-sébacés disséminés ainsi sur trois centimètres environ ; les doigts comprimant la lèvre font saillir, en outre, du pus des débris de tissu cellulaire sphacélé, sortant de la profondeur de ces cryptes au nombre de huit à droite et deux à gauche ; au-delà du sillon médian naso-labial ; peu de céphalée, pas de traînées de lymphangite vers le sillon naso-jugal droit, pas de chémosis, légères adénopathies sous-maxillaires peu douloureuses, fièvre modérée, anorexie ; on prescrit des pulvérisations phéniquées sans résultats durant deux jours; le malade ne se nourrit pas, fait une insuffisante antisepsie buccale, il est abattu, grand, aminci, le teint blafard ; le 22, le sphacèle continuant, nous faisons avec la pointe fine une application de dix pointes de feu au thermo-cautère ; le lendemain, diminution très appréciable de l'œdème, qui s'accentue les jours suivants sous l'influence des applications d'eau oxygénée, les pulvérisations prolongées durant 30 minutes ; bientôt le malade peut commencer à s'alimenter, les orifices des cryptes se détergent, bourgeonnent et sans incident nouveau, ni phlébite angulaire, C.. guérit sans cicatrices bien apparentes de cet anthrax diffus, d'étiologie inconnue, mais garde à sa sortie, le 27 août, une induration scléreuse de la lèvre, qui a presque le volume normal.

Nous n'insisterons pas pour rappeler les accidents graves et les phlébites de la veine ophtalmique qui ont été souvent signalés à la suite des furoncles et des anthrax de la lèvre supérieure, indépendamment des pustules mallignes de la région ; nous avons publié un cas de mort par ce mécanisme à la suite d'un érysipèle de la paupière inférieure.

ARTHRITES BLENNORRHAGIQUES SUPPURÉES DU GENOU

Par M. L. Batut,
Médecin major à l'hôpital militaire de Marseille.

Le traitement ordinaire par l'immobilisation, les pointes de feu, les pansements à l'alcool, est souvent insuffisant et conduit à l'ankylose précoce et à la chondrite des condyles, avec hypertrophie considérable des extrémités, comme nous l'avons vu maintes fois et comme cela apparaît nettement sur une radiographie que nous avons dans notre collection depuis sept ans. Cette épreuve concerne un malade chez lequel une arthrotomie large ne fut suivie que d'une rémission modérée, et qui guérit avec une flexion à angle droit, une atrophie extrême des muscles de la cuisse et une subluxation des condyles hypertrophiés ; malgré de beaux résultats obtenus dès 1901 par M. Rocheblave, qui ne redoute pas l'arthrotomie du genou, nous croyons celle ci dangereuse et nous rappelons que Poncet est allé à pratiquer, avec Delore, la résection d'emblée pour assurer un drainage toujours insuffisant de cet article. Nous venons d'avoir deux bons résultats par la méthode de Jaboulay: l'incision minima du cul-de-sac supérieur, et le drainage de la synoviale, le pied étant relevé et le drain en position déclive : cette pratique, déjà ancienne, du savant clinicien de Lyon, est défendue par son auteur dans une de ses Leçons cliniques de 1901.

Observation I. — *Orchi-épididymite blennorrhagique, érythème polymorphe, arthrite blennorrhagique du genou, incision du cul-de-sac, guérison.*

L..., 36 ans, employé des douanes, entre le 18 mars 1908 à l'hôpital militaire de Bordeaux pour une orchi-épididymite droite suite de blennorrhagie modérée datant de quatre semaines, accompagnée depuis quatre jours de funiculite droite avec point douloureux à l'orifice inguinal externe, que masque un amas de graisse faisant croire à la présence d'une épiplocèle ; la tête et la queue de l'épididyme sont de la grosseur du pouce, sans exsudat vaginal ; on prescrit un suspensoir Langlebert, de la tisane de chiendent et six capsules de copahu.

Bientôt l'épididyme diminue de volume et n'a plus que la moitié de sa grosseur primitive, lorsque, le 29, le malade se plaint de mal de gorge, malaise, inappétence, langue blanche, fièvre persistante ; malgré les gargarismes au chlorate de potasse cet état persiste ; le 31, douleurs vagues dans les bras et les jambes, qui s'accentuent le 1er avril, avec apparition de taches purpuriques peu saillantes, de la grosseur de petits pois, sans érythèmes ni macules, formant des amas circons-

crits à la face dorsale des pieds, aux cous-de-pied, aux genoux, aux coudes, aux poignets ; ces mêmes taches sont plus discrètes sur l'abdomen et le tronc, mais on note deux vésico-pustules de la largeur d'une pièce de 0,50 centimes, l'une sur la malléole péronière droite, l'autre sur le tarse antérieur gauche ; la température reste élevée et on trouve T. = 39°5 ; on prescrit un enveloppement ouaté avec friction à l'huile camphrée et une potion de chloral.

Le 2, l'éruption persiste, on donne du salicylate de soude (2 grammes), un gramme de rhubarbe et on constate avec la rougeur persistante de la gorge, l'état saburral marqué de la langue ; douleurs vagues dans tout le corps, aux divers articles, dans les masses musculaires des membres, ce qui ne surprend pas chez un ancien rhumatisant ; le volume de l'épididyme n'a pas varié. Le 4, tension latérale du genou droit dont la synoviale est gonflée en dedans ; l'éruption pâlit dans son ensemble : enveloppement ouaté ; le soir les douleurs augmentent ; la nuit qui suit entraîne une insomnie complète malgré 2 grammes de chloral ; la jambe est en flexion sur la cuisse, hydarthrose volumineuse du genou droit bombant fort peu dans le cul-de-sac supérieur, mais formant une grosse saillie latérale ; les douleurs sont fort vives, l'état gastrique mauvais ; on prescrit 4 grammes de salicylate et 2 grammes de chloral, l'article est imbibé de liniment camphré chloroformé sous l'enveloppement d'ouate épaisse et laissé dans son attitude de flexion qui réduit les douleurs au minimum. Le 6, la nuit a été meilleure grâce au salicylate à haute dose. Le 7, les douleurs reprennent très vives, nécessitent une application de salicylate de méthyle, et la même dose de salicylate ; les gencives sont un peu tuméfiées mais le purpura s'efface ; le 8, on fait un pansement du genou au coton hydrophile imbibé d'alcool à 80° ; le genou reste toujours très tendu, douloureux à la pression sur l'interligne articulaire interne, l'attitude de flexion naturelle persiste, ainsi que l'insomnie.

Ponction du cul-de-sac supérieur, le 11, par le côté externe, avec issue de sérosité purulente ; le 13, le gonflement persistant, même ponction au côté interne qui ramène environ 40 grammes de pus franc ; sur le trocart laissé en place, arthrotomie minima du cul-de-sac et drain moyen ; le genou est placé dans une gouttière métallique ouatée en extension complète ; le soir, les douleurs ont presque complètement disparu, le malade est apyrétique : la nuit qui suit est bonne, le sommeil profond et réparateur. Le 17, le pansement montre l'absence de pus, la température, qui était hier à 38° est à 37°.

Le 25, on retire le drain malgré une douleur assez vive signalée sur le condyle interne ; le drain n'a ramené aucun liquide, le méplat externe s'est reformé ; on supprime la gouttière ; le 26, l'extension est normale mais la flexion un peu limitée : on l'obtient de force avec de vives douleurs, le 29 ; il existe une hypertrophie notable des condyles avec un peu de névrite ; pointes de feu des deux côtés du genou.

Le 5 mai, on note une grosse atrophie de la cuisse, une voussure très marquée du genou, des douleurs méniscales persistantes fort vives surtout en dedans, la jambe reste en légère flexion dans la gouttière la flexion passive obtenue par le poids de la jambe, la cuisse restant verticale, est obtenue aisément, mais reste douloureuse ; l'extension active arrache des cris au malade ; la cicatrice de l'incision reste bien fermée ; l'hydarthrose ne s'est pas reproduite; on remet le membre en extension forcée dans la gouttière ouatée. Le 10 mai, le genou reste toujours très élargi, sans liquide ; l'atrophie musculaire sus-rotulienne est de 2 centimètres, les douleurs aux interlignes articulaires ont fortement diminué.

Bientôt les bains sulfureux, les massages, l'électrisation rendent sa souplesse à l'article, l'état général du malade est excellent, il marche sans canne à sa sortie, avec une flexion un peu pénible, le 1er juin.

OBSERVATION II. — *Arthrite blennorrhagique du genou, arthrotomie du cul-de sac supérieur, guérison.*

R..., 21 ans, soldat au 10e bataillon d'artillerie, entre à l'hôpital militaire de Marseille, le 17 juin 1908, pour blennorrhagie aiguë ; dès le lendemain 18, il présente une hydarthrose aiguë notable du genou gauche avec fièvre, douleurs, bombement très marqué du cul-de-sac supérieur qui nécessite, le 22 juin, une première ponction suivie de soulagement momentané, mais l'exsudat se reproduit ; pansement à l'alcool, gouttière ouatée ; nouvelle ponction le 25 avec issue de 60 grammes de pus franc, nécessitant l'arthrotomie restreinte du cul-de-sac, le long du trocart, du côté interne et la mise en place d'un drain de 8 millimètres ; mais les jours suivants, le cul-de-sac s'est rompu, le tissu cellulaire avoisinant est ensemencé, et les 28 et 30 on voit apparaitre des lames véritables de tissu cellulaire sphacélé arrêtées par un drain insuffisant ; du pus apparaît dès qu'on retire le drain paraissant venir de la région para-synoviale.

Le 10, lavage à l'eau oxygénée, la rotule est mobile sous les condyles, le genou très augmenté de volume, gros œdème de la jambe et des tissus péri-articulaires ; le 13 juillet, contre-ouverture externe du drain transversal, suppression de la gouttière difficilement supportée : le malade, apyrétique, se trouve fort bien, conserve un excellent appétit. Le 16, la pression latérale ramène du pus collecté sur les côtés de l'article, nouveau lavage à l'eau oxygénée ; l'article est toujours volumineux, mais il y a fort peu de liquide ; la lésion semble surtout condylienne et le drain transversal n'intéresse que la partie supérieure du cul-de-sac sous-tricipital ; pansement aseptique, ouaté ; mobilité de la rotule bien surveillée, œdème très notable de la jambe qui a un aspect éléphantiasique.

Le 19, la main ramène de bas en haut environ une cuillerée à café de pus, le cul-de-sac supérieur est aplati ; le drain fonctionne bien, mais on ne voit plus depuis quelques jours aucun débris de tissu cel-

lulaire ; l'articulation paraît sèche, malgré l'œdème du genou. L'élévation brusque de la jambe en extension réveille de vives douleurs ; il semble qu'il se fasse un travail de chondrite condylienne expliquant les douleurs et l'hypertrophie transversale du genou ; le jarret est libre, sans abcès latent, bon appétit, nuits parfaites. Le 29, même œdème, absence presque absolue de pus par le drain, atrophie notable du quadriceps ; le malade peut remuer son genou par des mouvements de rotation en dedans et en dehors sans douleur. Le 2 août, nouveau lavage à l'eau oxygénée, suppression du drain, mouvements spontanés actifs de flexion du genou, poussés à 15°, à 20°, disparition de toute douleur sur les interlignes articulaires ou les condyles ; simple pansement aseptique, sans immobilisation.

Le 6, on essaye d'obtenir une flexion plus étendue, passive, de la cuisse, elle est suivie d'une réaction assez vive ; le 9, les deux orifices du drainage transversal sont cicatrisés ; les méplats du genou restent effacés avec œdème de la jambe, la flexion du genou est de 30°, on la pousse à 45° avec peine en raison de la rétraction cicatricielle du triceps sclérosé. On note 40 centimètres de circonférence au genou gauche et 39 à droite : l'atrophie sus-rotulienne mesurée à 10 centimètres est de 2 centimètres. Le malade se lève, commence les exercices de flexion forcée ; son écoulement est complètement tari ; le 22 août, il marche sans canne, mais la flexion ne dépasse pas 30°, il est électrisé depuis dix jours et a des bains sulfureux ; l'état général est excellent. Départ en convalescence le 25 août.

Nous renvoyons à la récente discussion de la Société de chirurgie de Paris (juin 1908) entre Poncet et Broca au sujet du rhumatisme tuberculeux, du rhumatisme blennorrhagique et de l'arthrite blennorrhagique.

REVUE ANALYTIQUE

—

DERMATOLOGIE — MALADIES BULLEUSES

Bœck : **La localisation de la dermatite herpétiforme.** (*Mon. f. pr. Derm.* 1907, Bd. 45, n° 6, p. 277.) — La localisation de cette maladie est si caractéristique que, même pour le médecin non spécialiste, elle peut permettre de faire un diagnostic immédiat. Elle n'est pas d'ordinaire généralisée. En dehors de ces cas difficiles, il n'y a pas de dermatose qui ait une localisation aussi spéciale, presque constante, systématisée, déterminée. Les régions le plus fréquemment atteintes sont : 1° la région du pli des coudes, d'où la maladie gagne l'avant-bras, ou mieux le dessous de l'avant-bras, du côté de l'extension ; 2° le pourtour des genoux, moins fréquem-

ment et moins fortement pris que les coudes (correspondance verticale) ; 3° presque aussi souvent que le pli des coudes et certainement plus que les genoux, la peau de la région sacrée, surtout la partie supérieure du pli interfessier. L'examen du pli des coudes et de la région sacrée peut suffire à faire poser le diagnostic. La région sacrée reste atteinte toute la durée de la maladie. Très souvent la maladie remonte le long de la colonne vertébrale, jusqu'à la 1re vertèbre ou la 12e dorsale, mais là, on ne trouve qu'une petite rosette indépendante, sans prolongement la rattachant à la région sacrée. Très souvent, la maladie remonte de la région sacrée en dehors et en bas, en suivant le sillon sous-fessier. Souvent aussi toute la région des fesses est prise. Dans beaucoup de cas, une toute petite partie de la peau au-dessus du trochanter est envahie des deux côtés ; 4° très souvent la maladie s'étend au tronc, sur les omoplates et les épaules, à la région axillaire ; 5° de la région deltoïdienne, la maladie s'avance des plus souvent en une large raie sur la partie externe du bras jusqu'au condyle externe de l'humérus ; 6° correspondant à cette localisation, on voit souvent aussi la maladie envahir la partie postérieure de la cuisse et s'étendre en bande jusqu'au genou. La tête et le cou sont un peu moins souvent pris ; les jambes, les pieds, les mains, le sont encore moins. La partie antérieure du corps est toujours moins atteinte. Les régions les plus constamment affectées sont : la région du pli du coude avec la face d'extension de l'avant-bras en descendant par le coude et la région sacrée. C'est là que les poussées se répétant, il finit par se former une forte hyperpigmentation qui marque les points de prédilection d'une façon manifeste. Ces localisations sont caractéristiques, ce caractère de localisation l'emporte sur l'éosinophilie et sur tous les caractères différentiels que l'on a invoqués. Mais la cause de cette localisation nous échappe encore. La maladie sévit souvent chez les rhumatisants ; elle frappe tous les âges. B. la traite surtout par les pommades soufrées assez fortes, en alternant avec des badigeonnages au thiol ; à l'intérieur, il prescrit les bromures, les anti-rhumatisants et parfois l'huile de foie de morue pour tonifier le système nerveux. En même temps, il prescrit le repos physique et moral. J. M.

Bunch : **Pemphigus chez les enfants.** (*Brit. J. of Derm.*, oct. 1906, p. 336.) — L'A. décrit un cas de pemphigus aigu chez une fillette de 7 ans, avec début conjonctival, et se sert de cette observation pour faire une étude générale de la maladie. Rien de nouveau. J. M.

Corlett : **Analyse de 65 cas de maladies bulleuses de la peau** (*Journ. of cut. Dis.* octobre 1906, p. 464.) — C. compte d'abord 20 cas de pemphigus qu'il range parmi les affections rares de la peau. Ils comprennent 16 femmes, pour 4 hommes ; le plus jeune malade avait 3 ans 1/2, le plus âgé 60 (moyenne, 37 ans). L'arsenic ne paraît pas à C. être le spécifique de cette maladie. Le pemphigus fo-

liacé est excessivement rare. C. a vu 7 cas survenir après l'âge moyen de la vie ; dans aucun, les muqueuses n'étaient intéressées. Le pemphigus des nouveau-nés survient chez des enfants normalement venus au monde et bien développés ; le 1er symptôme est une éruption survenant pendant la 1re semaine de l'existence. L'impétigo bulleux et la dermatite bulleuse sont des modifications d'éruptions bulleuses encore plus rares. C. a observé 12 cas de dermatite herpétiforme ; la moitié présentait la forme typique. Puis il a vu 3 cas d'épidermolyse bulleuse héréditaire, un d'urticaire bulleuse, 5 de pompholix souvent difficile à diagnostiquer de l'eczéma. C. fait remarquer en terminant que beaucoup de ces cas s'écartaient de la forme typique et que leur classification est souvent chose purement personnelle. J. M.

CORLETT : **Erythème exsudatif polymorphe, sa signification actuelle. Relation d'un cas d'érythème circiné bulleux et hémorrhagique consécutif à une blessure par coup de fusil, dû en apparence à l'infection streptococcique et terminé par la mort.** (*Journ. of cut. Dis.*, janvier 1908, p. 7.). — Garçon de 12 ans, neuf jours environ après avoir reçu un coup de feu derrière l'oreille gauche, érythème généralisé, surtout abondant à la nuque, et sur la partie supérieure du tronc, bords surélevés, pétéchies, bulles nombreuses de 2 à 6 cm. de diamètre. Toutes ces efflorescences érythémateuses se transformèrent graduellement en bulles qui contenaient d'abord un exsudat séreux puis hémorrhagique et devinrent bientôt en grande partie purulentes. On ouvrit et on traita les bulles antiseptiquement. Les cultures pures provenant des bulles hémorrhagiques et purulentes donnèrent des cultures de streptocoque pures. Huit jours à peu près après le début de l'affection cutanée et 19 jours après la blessure par coup de feu, mort vraisemblablement par suite de résorption septique. Si ce cas est relativement rare au point de vue clinique, il ne manque pas de cas dans la littérature où il survint des bulles et des hémorrhagies à la suite d'un érythème, puis la mort. Le coup de fusil causal et l'histologie parlent ici en faveur d'une infection streptococcique. J. M.

COUSTOU : **Le pemphigus végétant.** (Thèse de Bordeaux, 10 juin 1908.) — Cette thèse est basée sur 3 observations inédites et sur un relevé des observations publiées à ce jour. L'A. essaye de donner une description d'ensemble de cette maladie à étiologie inconnue, à pronostic presque constamment fatal. Il semble exister des faits de passage entre le pemphigus végétant et le pemphigus bulleux chronique. Le P. végétant serait donc, pour l'A., une forme spéciale de pemphigus caractérisée cliniquement par la prédominance dans les muqueuses et les plis, par les végétations et par la gravité du pronostic. L'origine du P. végétant est très partiellement infectieuse. J. M.

CROZER KNOWLES : **Dermatite herpétiforme dans l'enfance : observation d'un cas chez un enfant de six ans.** (*Journn. cut. Dis.* 1907, p. 247.) — Il s'agit d'une fillette, chez laquelle l'éruption débuta six semaines après avoir été vaccinée, à noter une grande éosinophilie et une forte proportion d'indican dans l'urine. Comme d'ordinaire, l'enfant avait de grosses tares névropathiques et un mauvais état général. Parmi les cas publiés, le sexe mâle est le plus atteint. *Il n'y* avait que peu ou pas de symptômes prodromiques. Le type de l'éruption était vésico-bulleux, le plus souvent polymorphe et rarement papulo-vésiculeux ou pustuleux. Les efflorescences étaient réparties sur tout le corps, mais occupaient surtout la face et les membres. Les muqueuses, les plantes des pieds et les paumes des mains, le cuir chevelu, étaient rarement pris. Pas de prurit, marche chronique. Pronostic incertain quant à la guérison, favorable quant à la vie. Poussées fréquentes. La dermatite herpétiforme de l'enfance diffère en 4 points de celle de l'adulte : 1° le prurit, marqué chez le 1er, manque d'ordinaire (il existait 21 fois sur 55 cas) ; 2° l'éruption n'est pas polymorphe (12 fois sur 55) ; 3° le groupement de l'éruption est rare à la puberté (14 fois sur 55) ; 4° la pigmentation consécutive n'existait que dans le quart des cas (13 sur 55). Ce travail est illustré de deux figures. J. M.

W. FOX : **Un cas de pemphigus végétant.** (*Brit. Journ. of Derm.*, juin 1908.) — F. 57 ans. Début par le cou ; les bulles envahissent ensuite la poitrine et les membres inférieurs ; elles sont plus nombreuses du mollet aux orteils, et rappellent l'aspect d'une dysidrose aiguë devenue septique. Rien à la tête, ni aux bras. Les bulles récentes sont tendues et transparentes, sans bordure, les plus anciennes sont flasques, opaques avec étroite bordure rouge. Taches pigmentées au siège des bulles disparues, quelques adénites. Les muqueuses se prennent, l'état général s'aggrave, la peau se fend. Cinq mois après l'entrée à l'hôpital, les végétations apparaissent, en même temps que l'état général semble s'améliorer, les bulles disparaissent pour laisser à leur place des plaques pigmentées. Sortie au 7e mois. La guérison se maintient depuis 2 ans. Traitement : Liqueur de Fowler à doses croissantes et iodure de sodium ; à l'extérieur : vaseline, eau oxygénée et dermatol ; ou acide borique et oxyde de zinc p. ég. La végétation survenue si soudainement ferait penser qu'il s'agit là plutôt d'une complication de la maladie que d'un facteur essentiel. Il n'y eut, ni brûlure, ni prurit, ce qui permit d'exclure la dermatite herpétiforme. L'histologie confirme le diagnostic clinique de pemphigus végétant. J. M.

Marcus HAAN et Rose HIRSCHLER : **Hydroa puerorum** (Unna) (*Journ. cut. Dis.* mai 1908, p. 199). — A propos d'un enfant de 8 ans, atteint depuis sa première enfance presque chaque année, surtout en été, les auteurs étudient cette affection spéciale et la diffé-

rencient d'avec l'hydroa vacciniforme. Ici le visage était le moins atteint, le dos et les membres l'étaient le plus. Dans l'hydroa vacciniforme, la cause principale est due à la chaleur du soleil et, à un moindre degré, aux vents froids ; ce qui n'a pas lieu pour l'hydroa puerorum. La différence histologique des deux affections est encore plus tranchée. L'hydroa vacciniforme survient presque exclusivement au visage, aux oreilles et aux mains ; les vésicules, disposées en groupes, se réunissent, forment des bulles, se recouvrent finalement de croûtes épaisses, noires et très adhérentes ; après leur ablation, on trouve des plaies, et comme processus terminal, des cicatrices qui rappellent la variole. Ceci ne se rencontre jamais dans l'hydroa puerorum, par contre cette éruption survient dans la 1re année de la vie, diminue graduellement et finit par disparaître à la puberté, la santé générale reste relativement bonne pendant les poussées et surtout cette affection est spéciale au sexe masculin. J. M.

KANITZ : **Sur un cas de pemphigus foliacé (avec quelques remarques sur l'existence des hématodermites).** (*Mon. f. pr. Derm.* 1907, Bd. 44, nº 5.) — Il s'agit d'une femme de 40 ans, qui mourut à l'hôpital d'un pemphigus foliacé. A l'autopsie, on trouva, de plus, une méningite, de la pleurésie purulente, des embolies pulmonaires, une tumeur de la rate, une dégénérescence parenchymateuse des reins, de l'hépatite parenchymateuse disséminée avec périhépatite fibrineuse et une hydropisie de la trompe gauche. L'A. a examiné le sang pendant la vie. Le nombre des leucocytes était très diminué. Sur 12 lamelles, K. n'en a vu que 60. Sur ces 60, 2 étaient polynucléaires, à granulations moyennes, tout le reste était des lymphocytes, globules sanguins petits, mononucléaires, ou des formes de passage. Pas d'éosinophiles ni de granulations basophiles. Les lymphocytes sont moins nombreux dans la moelle osseuse qu'ailleurs, mais on trouve par contre de gros mononucléaires pâles. Il existe une relation entre les préparations du sang et les lésions de la moelle. Car, dans les préparations du sang, il n'existait presque exclusivement que de gros lymphocytes (avec forme de passage) et dans la moelle osseuse, ces mêmes formes de cellules sont accrues bien que faiblement. Ces recherches confirment celles de Pelagatti. Il serait bon, dans tous les cas du pemphigus foliacé, de rechercher les modifications de quantité et de qualité des leucocytes depuis le début de la maladie, jusqu'à la mort et de comparer les résultats acquis avec les lésions de la moelle osseuse. La théorie qui accorde au sang le rôle principal dans la genèse du pemphigus, en ce sens que les corps toxiques, que nous supposons être la cause du pemphigus, agissent d'abord sur les organes hématopoïétiques (moelle osseuse), sur les éléments cellulaires du sang, n'est pas jusqu'ici confirmée, ni par la clinique, ni par l'histologie. Faire des différentes formes de pemphigus des hématodermites n'est qu'une hypothèse qui manque de preuve suffisamment solides. J. M.

Mac Cormac: **Un cas de pemphigus végétant.** (*Brit. Journ. of Derm.* septembre, 1908, p. 277.) — F., 23 ans, apparition de vésicules sur les parties génitales, 9 jours après un accouchement, qui remontait à environ 3 mois. Ces vésicules ont ensuite successivement envahi la bouche, les narines, puis les cuisses, le dos, la poitrine, les bras. Ces vésico-bulles se rompent, les unes contenant de la sérosité, les autres un liquide purulent. L'état s'aggrave progressivement et la mort arrive au bout de 3 mois, après une légère amélioration, peut-être due à l'usage d'un sérum anti-streptococcique. J. M.

J. Mac Farlane Winfield : **Pemphigus végétant.** (*Journ. cut. Dis.* janv. et fév. 1907.) — Il s'agit d'une jeune Russe, âgée de 18 ans, qui souffrit, il y a environ un an, de vomissements, douleurs violentes dans les muscles, avec fièvre ; quelques jours après, survinrent des bulles sur la face interne des lèvres et sur le bout de la langue ; une semaine plus tard, poussèrent des petites bulles des deux côtés des parties sexuelles, dont une grande partie enfla et laissa suinter un liquide séreux. L'éruption bulleuse s'étendit à la partie externe des lèvres, au creux axillaire, etc., elle envahit de plus en plus la périphérie ; les bulles se crevèrent et leur base se couvrit de végétations. Celles-ci s'affaissèrent bien par endroits au bout d'environ un mois, mais il en repoussa toujours de plus en plus et la malade mourut d'épuisement environ 9 mois après le début de la maladie. L'examen bactériologique du contenu des bulles et du sang donna des staphylocoques et du bacille pyocyanique, qu'on obtint dans toutes les cultures pures. W. résume ensuite les 57 cas de pemphigus végétant publiés dans la littérature et en déduit les conclusions suivantes. Beaucoup des cas désignés sous ce nom ne sont pas de vrais exemples de P. végétant. Celui-ci est une maladie spéciale qui n'a aucun rapport étiologique avec les autres pemphigus. C'est une maladie infectieuse à marche déterminée. On n'en connaît pas encore le germe pathogène ; en tous cas, il pénètre dans l'organisme, par les muqueuses et les érosions. Les lésions pathologiques qu'on trouve souvent dans les reins n'ont aucune importance étiologique et ne sont que secondaires. J. M.

CANCÉROSE CUTANÉE

Comas et Prio. — **Epithélioma ulcéré de la paupière guéri par les rayons Rœntgen.** (*Rev. Esp. de Derm. y sif.* mai 1908, p. 210.) — H. 74 ans. Epithéliome ulcéré de la paupière droite, ayant envahi un peu plus du 1/3 interne de l'organe, s'étendant par le bord libre jusqu'à la conjonctive ; la commissure interne est intéressée. Les traitements antérieurs n'avaient fait que donner un coup de fouet à la maladie. Irradiations ; six séances, une tous les deux jours. Erythème, rétraction de la paupière consécutive au traitement qui est alors cessé ; cicatrisation complète au bout de 23 séances de plus

en plus espacées. La guérison s'est maintenue parfaite depuis 27 mois. L'A. recommande d'éviter les traitements intensifs. Les bons effets résident non dans la grande quantité de rayons X qui traversent les tissus en un temps donné, mais dans la quantité absorbée à chaque séance. On doit employer des tubes à demi-durs aux séances prolongées et répétées fréquemment, en surveillant constamment les effets. Les rayons intenses peuvent provoquer une incurvation du processus. J. M.

VAN HARLINGEN: **Notes sur le traitement de l'épithéliome au moyen de la potasse caustique.** (*J. C. D.*, août 1906.) — Du traitement de 55 malades, l'A. déduit les conclusions suivantes : la potasse caustique donne de bons résultats dans les épithéliomes perlés peu étendus (1/2 à 2 cm. de diamètre), de la face et des parties adjacentes. Il vaut mieux pour les lésions plus grandes employer les rayons X ; on peut néanmoins encore ici se servir de la potasse caustique pour ramollir et dissoudre l'épithélium corné, ou peut-être encore comme adjuvant. Dans les cas, traités par la potasse caustique, l'emploi des rayons X ne semble pas hâter le processus de réparation ni modifier à un degré marqué la cicatrice qui résulte de la cautérisation. J. M.

KYRLE : **Cancer du sein sous l'aspect clinique de maladie de Paget.** (*Archiv für Dermatologie und Syphilis*, Band 83, 1907, p. 187.) — Au tableau clinique de la maladie de Paget ne correspond pas une base anatomo-pathologique commune. La tumeur cancéreuse peut avoir aussi bien son point de départ dans l'épithélium des conduits galactophores que dans celui du mamelon ou des glandes.

PELLIER.

MALINOWSKY : **Forme inusitée de métastases dans la peau du cancer du sein : rapports de cette maladie avec la maladie de Paget.** (*Mon. f. pr. Derm.* 1907, Bd. 44, n° 7, p. 329.) — Femme, 60 ans, souffrant depuis un an de douleurs dans le sein gauche. Début par des vésicules qui se rompent et s'ulcèrent. Du sein jusqu'à la ligne du thorax en dedans et à la ligne axillaire en dehors, la peau est ulcérée, couverte de granulations coniques. Sur beaucoup de points, la peau est rouge rosé, brillante ; en d'autres, elle est couverte d'un dépôt gris-sale et secrète un liquide trouble d'odeur fétide. Le bord de la lésion est serpigineux ; le voisinage immédiat de la tumeur est semé de bulles ou de petites ulcérations polymorphes. La mort arrive par cachexie. L'examen histologique démontre qu'il s'agit d'un cancer colloïde myxomateux du sein ayant provoqué par la voie lymphatique des métastases cutanées de structure identique. Ces métastases rappelaient l'érythème bulleux végétant. Ce cas se rapproche beaucoup de la maladie de Paget. J. M.

MALINOWSKY : **La maladie de Darier (dite psorospermose ou folliculaire végétante).** (*Mon. f. pr. Derm.* 1906, Bd 43, nº 5, p. 209.) — La maladie de Darier consisterait, d'après les observations de l'auteur en une acantholyse, c'est-à-dire une destruction des cellules épineuses et, d'un autre côté , en une dyskératose qui aboutit à la formation de corps ronds, que Darier regarda autrefois comme des psorospermies. Les différences de description de ce type anatomique suivant les auteurs s'expliquent très bien par la différence des périodes que l'on a en vue. Au début, on trouve un épaississement de la couche granuleuse ; plus tard, elle disparaît. La formation de lacunes intercellulaires provient d'une nécrose des cellules. L'affection n'a rien à faire avec les follicules glandulaires et le développement des papilles n'est que secondaire. Le nom de psorosperme ou folliculaire végétante est donc erroné. Il faut le remplacer par celui de maladie de Darier. La maladie se rapproche de l'ichthyose hystérique. On trouve bien à la vérité de nombreux corps ronds dans la maladie de Darier, mais ils ne lui sont pas spéciaux. On les a vus dans l'épithéliome, le papillome, la maladie de Paget.

J. M.

MULLER : **Sur un cas de cancer métastatique de la peau avec remarques sur l'effet du traitement Rœntgen sur le tissu cancéreux.** (*Derm. Zeitschr.*, 1908, p. 565.) — F., 52 ans, atteinte depuis environ 2 ans de plusieurs petites tumeurs nodulaires du sein droit, qui ne tardèrent pas à suppurer et à s'ulcérer. Sur le cou, tumeurs solides ; une grosse tumeur s'est développée derrière l'oreille droite. Traitement par rayons X ; merveilleux résultat en apparence. Guérison clinique au bout de six semaines, des grosses tumeurs et résorptions de nombreux nodules ; mais le microscope démontre que la guérison n'est qu'apparente, le tissu cicatriciel contenant encore des cellules cancéreuses. L'état général s'aggrave en effet rapidement et l'année suivante la malade mourait ; la déchéance cancéreuse n'aurait-elle pas été accélérée par le traitement ? L'ablation paraît préférable en pareil cas. J. M.

SCHAMBERG : **Cancer multiple de la peau et kératose consécutifs au long usage de l'arsenic. Ulcérations multiples de la peau après continuation du médicament.** (*Journ. of cut. Dis.*, janv. 1907, p. 26.) — Le 1er cas concerne un psoriasique atteint depuis 30 ans qui prit pendant 25 ans, à différents intervalles, de la liqueur de Fowler, à une dose dépassant parfois 30 gouttes par jour pendant 3 mois. Tout le tronc actuellement est le siège d'efflorescences cornées, rougeâtres variant comme grosseur d'une tête d'épingle à l'angle du doigt ; quelques-unes sont pigmentées en brun ; aux membres, elles sont moins nombreuses ; les trois tumeurs épithéliomateuses sont situées à la région interscapulaire, sur la malléole externe de la jambe droite et sur la face dorsale du pouce droit ; elles varient

comme grosseur d'une tête d'épingle à 1 cm 1/2 de diamètre ; leur structure histologique est bien celle du carcinome. Ce cas peut se joindre aux 15 autres, déjà publiés, dans lesquels l'usage longtemps prolongé de l'arsenic a entraîné la formation du cancer cutané à évolution généralement grave (dans 4 cas, l'amputation fut nécessaire et dans 4 autres, la terminaison en fut la mort). Dans le 2e cas il s'agit d'une femme de 29 ans, psoriasique depuis 20 ans, qui prend depuis 4 ans 1/2 avec une interruption de quelques semaines seulement cinq gouttes de liqueur de Fowler, trois fois par jour. Il existe actuellement sur les deux jambes, une quantité de plaques ulcérées variant de la grandeur de l'ongle à celle d'une pièce de cinq francs en argent, qui provoquent d'assez violentes douleurs et ont résisté à toute espèce de traitement. J. M.

SCHMIDT ; **Traitement Rœntgen des cancroïdes et cancers.** (*Derm. Zeitsch.*, 1908, p. 481.) — De l'étude de 17 observations, S. conclut que le traitement Rœntgen a échoué dans les cancers de la langue, de la muqueuse génienne, de la conjonctive et du pénis. Le cancer de l'estomac est favorablement influencé. Dans le cancer du sein, les douleurs diminuent presque toujours. Les ulcérations qu'on rencontre dans les récidives après amputation du sein se cicatrisent parfois entièrement. Les tumeurs moyennes recouvertes par une peau intacte, ou ulcérée seulement par places, ne réagissent généralement pas du tout au traitement Rœntgen. La guérison est impossible dans les cas inopérables. Les métastases cutanées dans le voisinage du foyer traité s'observent souvent dans le cours du traitement, sans qu'on doive les attribuer au mode de traitement employé. Les adénites régionales sont rarement amendées. Dans le cancer de la peau, les tumeurs régressent, les ulcérations souvent se cicatrisent sans que la guérison absolue soit possible. Le cancroïde cutané sans adénites est guéri dans la proportion de 75 %. 50 % de ces cas ne présentaient pas de récidive après 2, 3, 4 ans. Certains cancroïdes sont réfractaires au traitement, surtout ceux qui arrivent à des ulcérations profondes. Ceci se rencontre parfois dans l'ulcus rodens. Il faut employer les fortes doses, jusqu'à provoquer l'érythème. S'il ne survient pas d'amélioration au bout de 3 à 5 séances, il faut abandonner le traitement et traiter la tumeur chirurgicalement, la continuation des rayons X pouvant aggraver l'état de la tumeur J. M.

TERZAGHI et CAMPANA : **Les effets des rayons Rœntgen sur la maladie de Paget du sein.** (*Journ. of cut. Dis.* mars 1908, p. 123.) — Dans 2 cas, durant depuis 3 ans, traités sans amélioration aucune par d'autres méthodes, les auteurs ont obtenu une amélioration surprenante (malheureusement ils ne disent pas le nombre de séances). Le fait est digne de remarque, étant donnée la malignité extraordinaire des cas. J. M.

WOLTERS : **Epithélioma adénoïde kystique de Brooke.** (*Derm. Zeitsch.* juillet et août 1908.) — Travail très documenté échappant à l'analyse ; observation personnelle détaillée, avec critique des cas publiés précédemment ; à lire dans l'original. J. M

DERMATITES

ADAMSON : **Sur une forme de dermatite superficielle chronique en plaques circonscrites avec distribution symétrique survenant chez des enfants.** (*Brit. Journ. of Derm.* avril 1908, p. 109.) — Ces plaques sèches, plus ou moins squameuses, atteignent de 1/2 à plusieurs pouces de diamètre ; par fusion, elles peuvent devenir polycycliques. Elles sont symétriquement réparties sur la face et les membres, parfois aussi sur le tronc. Ces plaques sont formées de fines papules, se changeant en minces croûtes adhérentes qui représentent de très petites vésicules desséchées qui se sont formées dans les couches cornées de l'épiderme. Ces pseudo-papules peuvent être parfois marquées par de la desquamation ou même de l'impétiginisation. L'éruption peut durer des années, et est extrêmement rebelle au traitement. Diagnostic à faire avec l'eczéma en placards, l'eczéma séborrhéique, le lichen des scrofuleux, le parapsoriasis en plaques de Brocq. Histologiquement, on peut classer cette éruption avec le groupe de la parakératose psoriasiforme de Brocq ; mais cliniquement elle ne correspond à aucune des variétés qui le composent ; à ce point de vue, elle affecte d'étroits rapports avec l'impétigo contagieux, mais la preuve bactériologique fait défaut. J. M.

BURNS DE FOSTER : **Dermatite exfoliatrice.** (*J. cut. Dis.*, 1907, p. 164.) — Quatre cas intéressant des nouveau-nés, dont 2 terminés par la mort. La guérison survint dans les 2 autres au bout de 14 jours et de 4 semaines. Cette maladie est due à une véritable infection. Les épidémies scolaires le démontrent. Sur 8 autres cas, 3 étaient graves, intéressant presque toute la peau. Ils concernaient 2 jeunes filles de 6 à 12 ans, qui guérirent au bout de 2 ans, et un boucher de 35 ans chez lequel la maladie dura bien des mois et finit par l'emporter. Les 5 autres cas étaient moins graves, sans symptômes généraux ; ils durèrent peu, n'intéressaient pas toute la surface cutanée. Dans 4 cas, c'étaient surtout les membres, et dans le 5e, le tronc qui étaient pris. Les médicaments internes sont sans action spécifique. Pourtant dans un cas, la solution phéniquée à l'intérieur a paru donner de remarquables résultats. Le meilleur traitement local consiste dans les bains chauds prolongés, on a donné à cette maladie plusieurs noms : pityriasis rubra, dermatitis scarlatiniforme, récidivantes, il vaut mieux l'appeler dermatitis exfoliativa. J. M.

BOULLINI : **Dermatite verrucoïde des parties découvertes.** (*Mon. f. pr. Derm.* 1907, Bd 45, no 12.) — C'est le 4e cas décrit par Boullini. Il s'agit ici d'un homme âgé de 47 ans dont l'affection était due à

un traumatisme et remontait à 5 mois. Début par une dermite phlycténulaire aiguë, qui envahit le dos des mains, le tiers inférieur de l'avant-bras, le front, les joues et la partie inférieure interne du cou. La maladie consistait en plaques de forme irrégulière, d'étendue variée ; à la périphérie des plaques encore en voie de développement, le bord est enflammé, couvert de phlyctènes. La surface est bossuée, verruqueuse, purulente par endroits ou d'aspect nodulaire. Histologiquement, on trouve de l'acanthose, de la kératose, la formation de kystes à contenu épidermique, dépendant des follicules pileux et du réseau de Malpighi. Les plaques s'affaissent spontanément par endroits et progressent en d'autres, sans provoquer jamais d'adénite. Subjectivement, douleurs à la pression. Guérison spontanée par restitution *ad integrum* ou par cicatrices consécutives. B. ne peut classer cette affection dans aucun cadre connu. J. M.

Fordyce-Gottheil: **Dermatite végétante dans ses rapports avec la dermatite herpétiforme.** (*Journ. cut. Dis.* déc., 1906, p. 343.) — Religieux, âgé de 42 ans. Début par le front ; la maladie envahit successivement toute la face, les organes génitaux, leur voisinage et les membres inférieurs, quelques petits groupes de bulles sur tout le reste du corps. Par son histologie, et son éosinophilie, le cas se rapproche de la dermatite herpétiforme; ses lieux de prédilection (bouche, organes génitaux, membres inférieurs), ressemblent à ceux du pemphigus végétant ; mais sa bénignité plaide contre cette dernière manière de voir. Histologiquement et cliniquement, le cas est identique à ceux publiés par Hallopeau, Jamieson et Hartzell. La tendance aux végétations se rencontre dans beaucoup de maladies de la peau, dans lesquelles les microorganismes pyogènes jouent un rôle étiologique ; peut-être les végétations sont-elles dues à une infection secondaire ou à des produits toxiques des bactéries pyogènes. Comme traitement, arsenic à l'intérieur, toniques, stimulants, localement, applications d'acide borique, solutions faibles de sublimé, comme dans les brûlures. On obtient de l'amélioration, mais de nouvelles poussées survinrent, de sorte qu'il ne saurait être question de guérison définitive. De belles planches accompagnent ce travail. J. M.

Gardner : **La dermatite causée par du bois satiné et son traitement** (*Brit. med. Journal*, 23 mai 1908.) — Le bois satiné des Indes qui sert à la construction des navires pouvant déterminer chez les ouvriers qui le manient une dermatite caractérisée par un abondant suintement et une rougeur spéciale, très rebelle à tous les remèdes les plus usuels, l'auteur a eu l'idée de lui opposer des applications répétées de rayons Rœntgen qui ont pu en avoir raison en raffermissant les couches cutanées et même mettre suffisamment les malades à l'abri de leur récidive pour qu'ils aient pu reprendre impunément leurs travaux. H. F.

MOOK : **Fortes doses de quinine dans le traitement de la dermatite exfoliatrice avec relation de six cas.** (*Journ. cut. Dis.* sept. 1908, p. 408.) — Dans 6 cas de dermatites exfoliatrices graves, M. a obtenu de bons résultats de l'administration de quinine *larga manu*. La tolérance a été toujours frappante, ni hématurie, ni albuminurie. L'A a donné jusqu'à 85 grains pendant 2 heures. Il a négligé la surdité légère provoquée par le médicament et n'a diminué les doses que quand le tintement d'oreilles était très prononcé. La diminution de l'exfoliation, de l'érythème, de l'œdème, quand il existait, a été bien rapide. Ayant brusquement baissé de dose chez l'un des malades de 60 à 20 grains par jour, l'A. a constaté une petite rechute qui a été enrayée par l'augmentation des doses ; ce qui montre bien que les doses élevées sont seules capables de donner de bons résultats. J. M.

RAVOGLI : **Dermatite coccidioide.** (*Mon. f. pr. Derm.*, 1908, Bd 46, nº 6.) — Un forgeron, âgé de 51 ans, souffre d'une affection cutanée localisée aux bras et aux jambes, accompagnée d'un prurit insupportable. La peau des mains, surtout sur les faces d'extension est dure, rude, squameuse. Les jambes sont recouvertes de petites papules ; la peau y est rouge, gonflée, couverte de croûtes épaisses, avec un prurit intense. En peu de temps, l'éruption envahit toute la face d'extension des jambes et des pieds. En différents points, il se forme des ulcérations rondes à bords infiltrés bleu-rougeâtres et granulations en chou-fleur sur base gaufrée. L'épiderme des doigts et des mains devient graduellement plus malade, et dans les espaces inter-digitaux il se développe en différents points des ulcères, dans le voisinage des ongles et un sur les articulations des mains ; tandis que l'éruption gagne sur le bras, 5 mois plus tard, les pustules ont envahi le derrière de la tête, la nuque et les lobes auriculaires, une lésion est survenue tout récemment à l'entrée du nez, et a envahi peau et muqueuse. Les points atteints sont couverts de croûtes sèches, jaunes, adhérentes, sous lesquelles l'épiderme est, en beaucoup de points, presque normal, tandis qu'ailleurs, il y a de nombreux ulcères profonds et gonflés. L'application d'un mélange de baume du Pérou et d'huile de ricin, a remis la peau dans son état normal, mais la maladie a récidivé et le malade est mort avec des symptômes généraux graves, probablement par métastases internes de la maladie cutanée. L'A. distingue les microorganismes qu'il a trouvés dans les squames, etc., et qu'il nomme coccidies, des blastomycètes et établit avec soin les différences cliniques de la dermatite coccidioide avec la blastomycose. L'iodure de potassium était resté inefficace. J. M.

WENDE-BENTZ : **Dermatite gangréneuse infectieuse.** (*Journ. of cut. Dis.* oct. 1906, p. 445.) — Fermier, âgé de 70 ans, gangrène infectieuse ayant débuté par une éruption bulleuse, qui se transforma

bientôt en une nécrose d'étendue et de répartition variables, due probablement à une auto-inoculation par un ulcère chronique de la jambe. Pas de symptômes constitutionnels pendant le développement des lésions cutanées ; infection générale secondaire, mort par septicémie. Dans les bulles et lésions gangréneuses de la peau pendant la vie aussi bien que dans les organes internes à l'autopsie, on trouve des streptocoques, staphylocoques, diplocoques et bacilles. La gangrène débute par la tête et la nuque, puis envahit successivement les bras, les jambes, le ventre et la poitrine. La littérature ne renferme qu'un seul cas analogue (Fordyce et Mewborn).(Même journal, décembre 1903.) J. M.

ÉLÉPHANTIASIS

Baujean : **Contribution à l'étude pathologique de l'éléphantiasis nostras et de l'éléphantiasis exotique.** (Thèse de Bordeaux, 24 janvier 1908.) — On avait prétendu jusqu'ici que la pathogénie de l'éléphantiasis nostras se résumait dans celle de la lymphangite banale : pénétration du streptocoque dans le système lymphatique du derme et de l'hypoderme, coagulation de la lymphe, thrombus, puis œdème dur par suite de l'organisation répétée, sur place, en tissu conjonctif adulte des cellules émigrées par diapédèse (érysipèle récidivant) ; tandis que l'éléphantiasis des pays chauds était une des manifestations de la filariose. Pour l'A.,ces deux éléphantiasis seraient dus à une infection microbienne streptococcique. Il se base sur l'identité clinique et bactériologique des deux affections ; les deux maladies sont dues à une lymphangite banale, le virus pénétrant par une excoriation quelconque. Dans ses examens bactériologiques, l'A. a trouvé : un coccus constant agissant comme un *diplogène* et un *tétragène*, dans la lymphe au moment de l'accès ; comme un *diplocoque* dans la peau, les ganglions, la lymphe, en dehors des accès. Le streptocoque ne se rencontre qu'au moment de l'accès, associé au coccus. L'éléphantiasis est donc une dermite chimique due à la présence d'un coccus diplocoque que l'on appelle *dermocoque*, s'unissant au streptocoque pour provoquer l'accès, complet, local et général, tandis que l'accès simple, bénin, n'est dû qu'au dermocoque dont l'action est réveillée par un surmenage ou une irritation locale, une fatigue quelconque. J. M.

Blandin: **Sur quelques modes de traitement de l'éléphantiasis.**(Thèse de Bordeaux, 24 janvier 1908.)— L'éléphantiasis est une maladie microbienne. On doit donc s'attacher à en trouver le sérum spécifique. La prophylaxie reste l'apanage de la classe aisée. Le traitement médical n'a de raison d'être qu'au début (période lymphangitique). Mais dès la période de transformation fibreuse hypertrophique établie, il faut recourir à l'intervention chirurgicale bénigne et immédiatement profitable. La guérison définitive n'est pas cer-

taine, mais on peut promettre le soulagement d'autant plus certaine que l'intervention a été plus précoce et parfois même la guérison prolongée. J. M.

Castellani : **Note sur un traitement palliatif de l'éléphantiasis** (*Journ. of cut. Derm.*, mai 1908, p. 225.)— Dans l'éléphantiasis, le tissu sous-cutané, par suite de l'augmentation du tissu fibreux, est énormément hypertrophié. Comme la thiosinamine a été employée avec succès dans les tumeurs fibreuses bénignes, C. croit en obtenir aussi dans l'éléphantiasis ; mais il emploie, au lieu de thiosinamine, dont les injections sont très douloureuses, la fibrolysine, qui est une combinaison de thiosinamine et de salicylate de soude, livrée par la maison Merck, en ampoules stériles contenant chacune 2 cc. de liquide. Avant de commencer le traitement, le malade doit garder pendant huit jours le repos complet au lit, on enveloppe les parties atteintes de bandes de flanelle et on les masse régulièrement deux fois par jour. Les parties malades deviennent ainsi plus molles, ce qui facilite beaucoup les injections ; celles-ci sont pratiquées en différents points avec les précautions antiseptiques ordinaires. La dose est de 2 cc. de fibrolysine tous les jours ou tous les deux jours suivant les cas, pendant un mois;on cesse alors pendant 8 à 10 jours, on met une bande de caoutchouc et, s'il est nécessaire, on recommence le traitement. C. publie 5 observations dans lesquelles ce traitement a donné d'excellents résultats ; la peau devient plus souple,plus élastique et peut être plissée ; pour éviter les récidives, il est important de porter des bas de caoutchouc. Les injections de fibrolysine n'ont pas donné lieu à des accidents sérieux. J. M.

Ravogli : **Eléphantiasis du pénis et du scrotum consécutif à la syphilis.** (*Journ. of cut. Dis.*, février 1907, p. 61.) — Il s'agit d'un nègre de 31 ans, bien bâti, qui a été opéré de paraphimosis et a suivi un traitement antisyphilitique. Peu après sa sortie de l'hôpital, son état empira, le pénis et le scrotum grossirent ; le pourtour du premier atteignit environ 30 centimètres ; le prépuce et la peau sont durs, celle-ci est extraordinairement épaissie sur tout le corps du pénis, avec des proéminences verruqueuses qui s'étendent jusqu'à la région génitale, les plis inguinaux et le scrotum. De leur surface s'échappent des quantités abondantes de sérosité fétide, qui imbibe constamment le linge et les vêtements. Ganglions inguinaux un peu grossis, bien mobiles. Les injections d'huile grise, à l'intérieur KI, les pansements continus au sublimé n'amenèrent qu'une lente amélioration ; on enlève les masses de tumeurs, la guérison survint en 5 semaines environ. Au microscope, on trouva des ectasies diffuses des vaisseaux et espaces lymphatiques ; beaucoup des premiers sont obstrués par des caillots de fibrine ; le tissu conjonctif est fortement augmenté, les fibres élastiques sont un peu diminuées ; on note une légère congestion, et un gonflement de lymphe avec processus in-

flammatoires. R. fait de la syphilis une des causes les plus importantes de l'éléphantiasis, et le range à côté des streptocoques, des bacilles tuberculeux, de la filaire du sang, des plasmodies de la malaria. L'éléphantiasis n'est pas rare en Amérique ; on le trouve de préférence chez les gens de couleur et, dans les cas vus par l'auteur, la syphilis était constante. Dans les cas aussi étendus que celui-ci, il ne faut attendre aucun résultat du traitement spécifique ; il faut conseiller l'intervention radicale. J. M.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE

Séance du vendredi 9 octobre.

Paul HAMONIC (de Paris). — **De l'uréthrite chez les diabétiques.** — Chez les diabétiques, les diverses infections de l'urèthre donnent lieu à des symptômes un peu particuliers. De plus, la glycosurie peut à elle seule produire une inflammation du canal, indépendamment de toute contamination hétérogène.

Mon attention a été appelée sur ce point. il y a une vingtaine d'années, par le cas d'un malade atteint d'un écoulement absolument rebelle à tout traitement. Comme il n'existait aucun symptôme de diabète et que le sujet était très jeune, il ne me vint pas tout d'abord à l'idée qu'il pouvait exister du sucre dans l'urine. Je fis cette découverte au bout de six mois d'une façon très inopinée, et mon étonnement fut grand de constater la disparition presque subite de l'uréthrite dès que le régime et le traitement furent dirigés contre la glycosurie. Chaque fois que l'uréthrite récidiva dans les années consécutives, le diabète reparut aussi. Il était évident qu'un rapport direct existait entre les deux affections et que le trouble urinaire entrainait à sa suite l'inflammation de la muqueuse.

Comment expliquer ce fait ?

Chez les diabétiques atteints de phimosis, c'est chose facile.

Sous le prépuce vivent des colonies microbiennes dont le développement est favorisé par la stagnation de quelques gouttes d'urine sucrée après chaque miction. Ce liquide fermente et contribue à entretenir une balano-posthite chronique. Peu à peu, le rebord préputial se sclérose et se rétrécit, et l'orifice qu'il circonscrit devient insuffisant pour le passage du gland. Nouvelle cause

de stagnation des liquides, de difficulté du nettoyage et d'infecti
de la région.

L'espace sous-préputial contamine par voisinage l'urèthre e
à son tour, ce dernier contribue à entretenir le foyer septique in
tial.

Il y a, entre les deux, échange de microbes. Le méat enflammé :
souvent ulcéré finit par se rétrécir. C'est là une condition très fav.-
rable à la chronicité de l'uréthrite.

Les choses sont plus difficiles à expliquer lorsque le diabétiqu
est porteur d'un prépuce peu développé. Pour expliquer la déter-
mination de l'uréthrite, on pourrait, à la rigueur, invoquer le con-
tact de l'*urine sucrée* avec la muqueuse du canal. Cette action m
paraît peu probable, étant donné qu'il y a tant de diabétiques et
qu'en somme l'uréthrite est assez rarement observée chez eux.

Ne doit-on pas plutôt invoquer la *fermentation* des quelques
gouttes d'urine qui séjournent dans le canal entre deux mictions.
ou mieux encore l'action irritante des substances dérivées du sucre
après la fermentation (acide carbonique, alcool) ?

Au point de vue symptomatique, les uréthrites infectieuses dé-
veloppées chez les diabétiques se font remarquer par l'*intensité de
l'écoulement* et surtout des manifestations nerveuses. La pollakiu-
rie, les épreintes, le ténesme sont les symptômes les plus constants
de même que les douleurs névralgiformes qui surviennent *par
crises* et *s'irradient* le long du canal.

L'*évolution* de la maladie se fait remarquer par des *retours offen-
sifs* survenant brutalement, même aux périodes où l'affection pa-
raît la plus voisine de la guérison. Ces poussées aiguës sont liées à
des retours de glycosuries.

Cette évolution particulière est cause de la *durée indéfinie* de la
maladie.

Dans l'uréthrite qui survient en dehors de toute infection hété-
rogène, le caractère essentiel réside dans la qualité et l'intensité de
la douleur. L'uréthrite mérite alors l'épithète d'*irritative* qui mar-
que ses allures essentiellement nerveuses.

Par contre, l'*écoulement est insignifiant.*

L'inflammation gagne rapidement la totalité du canal et le col
de la vessie de telle sorte qu'à chaque miction on observe un petit
écoulement purulent aux premières et surtout aux dernières
gouttes.

Du côté de l'urine le fait essentiel à noter est la *glycosurie.*

C'est d'elle dont il faut surtout tenir compte dans le traitement.
Faire disparaître ou tout au moins diminuer le sucre par le régime.
l'hygiène et l'emploi de la médication alcaline, lithinée et arséni-

cale, tel est le premier objectif qu'on aura en vue. On s'efforcera ensuite de combattre l'écoulement par des antiseptiques appropriés, mais en ayant soin *de ne pas irriter la muqueuse* qui possède une sensibilité des plus accusées.

DEBOUT D'ESTRÉES (de Contrexéville). — Il s'agit d'un cas *d'uréthrite goutteuse* chez un confrère de New-York dont le diagnostic fut confirmé à Londres avant son envoi à Contrexéville. L'auteur rappelle combien l'uréthrite, l'orchite et la prostatite goutteuse, plus fréquentes chez les malades que chez nos compatriotes, sont assez difficilement admises par le scepticisme français. Cependant, décrites par les auteurs anciens et maintes fois constatées dans les ouvrages modernes sur la goutte, il importe de signaler leur existence aux praticiens pour leur éviter de fâcheuses erreurs de diagnostic.

P. LEBRETON (de Paris). — **Traitement abortif de la blennorrhagie.** — Après avoir montré les avantages de la méthode abortive dans la blennorrhagie aiguë, l'auteur indique comment il l'applique. Il se sert d'une solution de permanganate de potasse à 1/5000, et fait aux malades deux grands lavages urétro-vésicaux par jour, pendant 4 jours ; dans l'intervalle des lavages, les malades irriguent eux-mêmes toutes les 4 heures leur urètre antérieur à l'aide de la même solution contenue dans une petite seringue.

Au bout de 4 jours, on ne fait plus qu'un grand lavage et deux séries de petites injections par jour.

L'auteur a appliqué 19 fois ce procédé ; dans 9 cas où le début de l'écoulement remontait à 24 heures, il a eu 9 guérisons, en 8 jours au maximum. Dans 3 cas où le début remontait à 36 heures, il a eu 3 guérisons, dont 2 en 5 jours et 1 en 12 jours, 3 cas dont le début remontait à 48 heures ont donné 2 guérisons en 8 et 15 jours et 1 échec. Enfin 4 cas pris au troisième jour de la maladie ont donné 3 guérisons, dont 2 en 15 jours. et 1 en trois semaines, et un échec.

En tout 17 guérisons et 2 échecs.

L'auteur conseille donc de proposer hardiment le traitement abortif dans les 24 ou 36 premières heures de la maladie. Plus tard, au contraire, il convient d'être plus circonspect et de bien prévenir les malades d'un échec possible de la méthode.

POISSON (de Paris). — **De l'uréthro-cystite chez la femme.** — Les auteurs qui ont traité de la blennorrhagie chez la femme (Finger, Verchère, Leblaut, Thibierge) estiment que l'uréthro-cystite est un épisode rare de la gonococcie génitale, environ 1 sur 40.

Il résulte de cinq cas que j'ai pu observer que chaque fois q· l'uréthrite s'accompagne d'une certaine intensité elle produit d· envies fréquentes et des douleurs terminales.

J'ai cherché à remplacer les instillations de nitrate d'argent or·dinairement employées dans le traitement de la cystite du col. : qui ont l'inconvénient d'être très douloureuses, par des attouch·ments de la muqueuse avec une solution de protargol au 1 % · l'aide d'un tube d'urétroscope n° 22. Les attouchements après co·caïnisation du canal sont peu douloureux. J'ai pu les utiliser dans trois cas, d'abord tous les jours pendant cinq jours, puis tous les deux jours pendant une semaine. Les envies fréquentes disparu·rent du 3e au 5e jour et ne se reproduisirent pas après un traite·ment de quinze jours. Le procédé, aidé par des grandes irrigations vaginales de permanganate au 1|4000, a suffi dans les trois cas à amener la disparition du gonocoque du canal de l'urèthre.

Le Fur (de Paris). — **Traitement des blennorrhagies rebelles et récidivantes.** — Tous les praticiens connaissent ces blennorrhagies rebelles et récidivantes qu'il faut opposer en clinique aux blen·norrhagies normales guérissant par un traitement approprié à la 3e ou 4e semaine.

Les causes en sont soit une modification de calibre du ca· (méat étroit, rétrécissement congénital ou acquis), soit une infec·tion glandulaire (adénites, glandulites, littrites, cowpérite, prosta·tite), soit une malformation (valvules nombreuses et profondes, trajets anormaux, diaphragmes, abouchement anormal : hypos·padias ou épispadias).

On peut s'en rendre compte par deux procédés : l'exploration purulente du canal après lavage avec un explorateur à boule oli·vaire : l'uréthroscopie.

Le vrai traitement à opposer à ces blennorrhagies rebelles et récidivantes, c'est la *dilatation* sous toutes ses formes, car elle guérit à la fois les rétrécissements et toutes les infections glandu·laires (folliculites et prostatites).

Mais cette dilatation doit être *précoce* : nous croyons qu'on pro·longe beaucoup trop l'emploi des lavages de l'urèthre.

Si le gonocoque persiste au bout de 15 jours ou 3 semaines, il faut *associer la dilatation au lavage*, soit en passant les Béniqués après un grand lavage uréthro-vésical, soit avec les dilatateurs-la·veurs de Kollmann ou autres. Cette méthode thérapeutique est absolument inoffensive si on lave le canal avant de le dilater, et n'entraîne aucune complication : sur 82 cas, nous avons obtenu une guérison rapide en 1 à 4 semaines dans 65 cas, soit plus des

deux tiers. Il ne faut pas craindre de pousser haut la dilatation. En cas d'échec, il faut recourir à l'uréthroscopie qui permet toujours alors d'obtenir la guérison.

JEANBRAU (de Montpellier). — **Laveur urétral pour le massage du canal sous la douche.** — Cet instrument est destiné à masser l'urètre sous un jet de liquide antiseptique pour le traitement des urétrites chroniques, et dérive du laveur de de Sard ; il permet de laver tous les points du canal à l'aide de quatre petits jets de liquide qui balayent avec force les sécrétions glandulaires que le massage a expulsées.

L'emploi de cet appareil n'est pas douloureux et n'occasionne jamais d'accidents de cystite ni de prostatite.

DESNOS. — **Electrolyse circulaire.** — Les rétrécissements très anciens, les strictures, siégeant sur des urètres chroniquement enflammés, sont justiciables de l'électrolyse circulaire ; dans ces cas c'est un béniqué qu'il faut introduire, car il faut soumettre tout l'urètre à l'action électrolytique. Mais on appliquera des courants extrêmement faibles, car la moindre réaction post-opératoire fait reculer et perdre le terrain gagné.

Sans doute, la méthode s'est généralisée depuis, et sur des cas récents, même anciens, peu graves, elle a le grand avantage de la rapidité et de raccourcir la durée du traitement ; mais d'une façon générale, les avantages ne sont pas tels que sa supériorité sur les autres méthodes soit éclatante. Tandis que, pour les mauvais cas, dans les indurations profondes et étendues, c'est encore à elle qu'on doit recourir, soit seule, soit associée à d'autres traitements et en particulier aux urétrotomies complémentaires et multiples.

DESNOS. — **Sur l'électrolyse circulaire.** — L'électrolyse circulaire peut s'appliquer à peu près à toutes les variétés de rétrécissement ; dans les cas simples, elle réussit comme tous les autres procédés et a sur plusieurs d'entre eux l'avantage de la rapidité.

Dans les cas plus graves, il s'agit d'infection, elle est passible des objections faites à toutes les méthodes lentes ; si la complication réside dans l'étendue et la dureté des rétrécissements, elle a des avantages incontestables, seule ou plus souvent combinée avec des urétrotomies multiples ; il en résulte un assouplissement des parois du canal dont le résultat est le maintien durable du calibre. Mais il faut savoir que c'est une méthode d'une très grande lenteur dans ces cas rebelles, que plusieurs mois sont toujours nécessaires, et qu'il ne faut pas se décourager si les premiers effets du traitement sont médiocres ou nuls.

P. Hamonic (*de Paris*). — **Traitement de certaines affections génito-urinaires par l'argent colloïdal.** — L'auteur apporte une nouvelle statistique pour montrer les bons effets des injections interstitielles d'argent colloïdal.

Sur 210 malades traités par cette méthode pendant l'année écoulée pour des affections très diverses, M. le Dr Hamonic a obtenu ~ guérisons de lésions génitales et urinaires, les seules qui doivent intéresser en ce moment.

Ces guérisons se répartissent ainsi :

47 *tuberculoses orchi-épididymaires* ;

21 *épididymites blennorrhagiques* ;

2 *folliculites uréthrales d'origine gonococcique*, dont une suppurée et compliquée de fistule ;

5 *tuberculoses de la prostate* avec dégénérescence épididymaire de même nature.

Tous ces malades ont guéri. Les lésions gonococciques ont disparu avec une rapidité plus grande que par le traitement ordinaire et, la plupart du temps, sans laisser d'induration à leur suite.

L'auteur n'ose pas dire que les tuberculeux qu'il a soignés sont guéris, car il estime que l'argent colloïdal, pas plus que n'importe quel remède, n'est capable d'atteindre le germe morbide répandu dans l'organisme. Mais ce qu'il affirme, c'est la disparition des lésions touchées par l'argent colloïdal.

Que deviendront dans la suite ces anciens foyers morbides ? C'est ce qu'on ne peut savoir encore. En tout cas, cinq malades, dont le traitement est terminé depuis 7 mois, conservent une santé excellente.

L'argent colloïdal agit sur les microbes pathogènes comme un microbicide puissant, relativement à des germes nombreux parmi lesquels le bacille tuberculeux et le gonocoque.

Le remède a peu de puissance lorsqu'il est déposé sur des surfaces, et on ne doit attendre de lui une action vraiment efficace que si on l'incorpore au sein des tissus pathologiques ; il ne pourra guère être employé avec succès dans la tuberculose de la vessie, de l'uretère et du rein.

M. Hamonic emploie des préparations colloïdales obtenues par l'étincelle électrique. Mais il n'exige plus qu'elles soient *isotoniques*.

Les injections colloïdales sont inoffensives et on peut saturer les malades sans symptômes d'intoxication.

Dans les épididymites blennorrhagiques très aiguës, la pénétration du liquide détermine ordinairement, par distension, des douleurs

intolérables; aussi l'auteur, à la faveur de l'anesthésie locale, ponctionne l'épididyme à l'aide d'une lame étroite, il fait sourdre le liquide purulent et injecte l'argent colloïdal à l'aide d'une aiguille enfoncée à travers la plaie dans diverses directions.

Dans la tuberculose, la douleur est brève et beaucoup moins vive. S'il y a une poussée aiguë.l'argent colloïdal active la suppuration des foyers. Ce processus est favorable, car après l'ouverture la poche purulente ne tarde pas à se fermer.

L'auteur injecte la prostate, soit par voie rectale, soit par voie périnéale, et dans ce dernier cas, il profite des trajets fistuleux qui peuvent exister. L'index placé dans le rectum doit toujours guider la longue aiguille.

La quantité des piqûres et les époques où elles doivent être faites varient forcément suivant les réactions qu'elles déterminent et l'étendue des lésions.

Les abcès froids du testicule ou des autres organes peuvent être vidés par aspiration et remplis d'argent colloïdal, mais M. le Dr Hamonic préfère les inciser pour injecter tout autour l'argent colloïdal.

Pasteau. — L'emploi de l'argent colloïdal peut donner d'excellents résultats dans le traitement des infections vésico-rénales, j'y ai recours depuis plus de deux années et mon idée est bien nette à ce sujet ; je ne parlerai aujourd'hui que du traitement des *infections vésicales*.

Dans le traitement des cystites aiguës aussi bien que dans les grandes rétentions chez les prostatiques, on peut obtenir de bons effets de l'argent colloïdal. Mais une condition pour moi est essentielle : il faut qu'il existe un certain degré de rétention vésicale, cette rétention incomplète est fréquente et bien connue maintenant dans les cystites ; si la vessie se vide, l'action de l'argent colloïdal est bien moins nette.

C'est encore la présence de la rétention qui explique le bon effet de l'argent colloïdal chez les prostatiques infectés. Je ne vous citerai pas d'observations pour ne pas allonger cette communication : je dirai seulement au point de vue pratique que moins la vessie contiendra de liquide , plus l'argent colloïdal aura d'effet, si bien que toutes les fois qu'on pourra vider complètement la vessie et en particulier dans les cystites il faudra le faire avant l'instillation.

Comme liquide employé j'ai fait usage surtout de l'argent colloïdal chimique, mais aussi de l'électrargol et de l'électrourol : n'ayant pas pu différencièr suffisamment les effets de ces différentes préparations, je n'insisterai pas davantage pour aujourd'hui sur ce sujet

M. MINET. — Je me suis servi souvent du collargol au 100e dans les cystites, depuis la communication que fit à ce sujet l'an dernier M. Jeanbrau, et j'en ai obtenu presque constamment d'excellents résultats.

Ayant voulu faire la part qui revenait, dans l'amélioration rapide observée, au collargol lui-même et à l'évacuation du résidu vésical, j'ai reconnu que celle-ci ne jouait que le rôle accessoire, et comme elle manquait assez fréquemment, dans les cystites aiguës des femmes en particulier, je ne puis considérer la rétention comme nécessaire pour que l'action du collargol s'exerce suffisamment, à l'exemple de M. Pasteau. Je considère maintenant le collargol comme le médicament de choix dans la *cystite aiguë blennorrhagique* et dans nombre de formes subaiguës, excepté quand la muqueuse est fortement endommagée, cas où le nitrate d'argent *se* montre plus efficace.

Instillé dans l'urètre prostatique et au niveau des parties rétrécies, immédiatement après une *dilatation urétrale*, le collargol assure l'antisepsie urétro-vésicale, sans causer de douleur, et des malades chez qui la dilatation provoquait habituellement un réveil de l'inflammation dans la portion prostatique, ou des petites poussées d'urétro-cystite, n'ont plus éprouvé ces inconvénients depuis qu'*ils* reçoivent ces instillations.

JANET. — **Le camphorate d'urotropine.** — L'urotropine est un merveilleux médicament contre les infections urinaires. Néanmoins dès son apparition on remarqua que son action était surtout évidente en cas d'urines acides. Les urines infectées alcalines, tout en étant désodorisées par elle, ne s'éclaircissaient qu'imparfaitement ; des expériences très probantes prouvaient qu'elle ne dégageait de formol en quantité notable que dans un milieu acide. De là à chercher à acidifier l'urine pendant son emploi, il n'y avait qu'un pas. On obtient ce résultat de deux façons, soit en l'associant par mélange à des médicaments acidifiants, benzoate de soude ou de lithine, pipérazine, etc., de là naquirent toute une série de spécialités que je ne vous énumérerai pas, soit en la combinant chimiquement avec un acide pour obtenir le même résultat. Cette dernière série nous donne d'abord l'helmitol (citrate d'urotropine).

J'ai eu récemment l'idée d'ajouter à cette série le camphorate d'urotropine parce que l'acide camphorique étant lui-même un médicament de premier ordre pour l'acidification et l'éclaircissement des urines, il me semblait tout indiqué pour être associé à l'urotropine et combiner son action favorable à la sienne.

La maison Schering voulut bien m'établir ce produit chimique,

qui se présente en petits cristaux blancs très solubles dans l'eau et l'alcool contenant 41 % d'acide camphorique et 59 % d'urotropine. Ce produit, en solution, ne doit pas être mélangé à un acide quelconque, car l'acide camphorique serait mis en liberté.

Depuis trois mois, je m'en sers journellement, il m'a semblé au moins aussi efficace que l'hétralin et moins irritant que lui. Les résultats que j'ai obtenus sont encore trop récents pour être publiés, mais l'impression générale que j'en ai jusqu'à présent est bonne.

Je crois que ce sera une utile adjonction à la liste des dérivés de l'urotropine.

JUNGANO (*Naples*). — **Action de la bile sur le gonocoque.** — L'expérience typique de Neufeld pour le pneumocoque est positive aussi pour le gonocoque : en ajoutant à 2 cmc. de culture de gonocoques en bouillon ascite de 36 heures 0,2 de bile de lapin on constate l'éclaircissement du milieu de culture.

Ensuite il a déterminé la dose minima bactériolytique de bile qui correspond à 0,2 d'une solution à 1/10 de bile de lapin.

Le choléate de soude agit à la même dose que la bile de lapin.

Ni les solutions isotoniques, ni les solutions hypertoniques de sulfate de magnésie ne permettent de diminuer la dose minima.

En réalisant la phagocytose *in vitro* et *in vivo*, chez le cobaye, la bile garde tout entier son pouvoir bactériolytique. Il a fait quelques recherches chez l'homme.

Le peu de résultats ne lui permettent pas de tirer de conclusions.

La dose qu'il a employée chez l'homme a été de 1 % de choléate de soude du commerce.

Il recommande, avant de commencer le traitement, d'examiner au microscope s'il s'agit d'urétrite à gonocoque.

Etant donné que la bile n'a aucune action sur les autres microbes du canal uréthral, il s'en suit qu'il faut faire ce traitement seulement dans les uréthrites à gonocoques et qu'il faut le suspendre dès que l'infection gonococcique se complique d'infection secondaire.

PAUCHET. — **Rachi-stovaïne.** — Il y a un an, j'ai discuté devant vous les avantages de la rachi-anesthésie en chirurgie urinaire. Je me suis montré, de ce mode d'anesthésie, partisan convaincu. Aujourd'hui, je continue à l'employer, mais à côté des avantages considérables de cette méthode, je dois signaler un accident mortel qui peut mettre en garde contre l'abus des injections intra-durales pour les opérations insignifiantes (phimosis, etc.)

Il s'agit d'un homme de 60 ans, porteur d'un papillome de la vessie qui, opéré à 10 heures du matin, est mort à 3 heures du

soir, après un état syncopal progressif et accélération des mouvements respiratoires.

Chez un autre opéré de prostatectomie périnéale, dont je vous ai relaté le cas il y a un an, la mort est survenue subitement au bout de 15 jours. Est-ce la rachi-stovaïne qu'il faut accuser? Je l'ignore, mais d'autres faits semblables ont été rapportés par des collègues et je ne serais pas étonné qu'il y ait eu là un rapport de cause à effet.

A mon avis, les *avantages* de la rachi-stovaïne sont les suivants: les opérations vésicales sont rendues *plus faciles*, car le patient est plus inerte qu'avec le chloroforme ou l'éther. L'anesthésie de la vessie sur laquelle on opère est profonde. Il n'existe aucune réaction, aucune poussée de la part du patient. Si vous pratiquez la prostatectomie sus-pubienne sur un sujet obèse, congestif, ce dernier fait souvent des efforts d'expulsion au moment où avec l'index droit vous séparez la prostate d'avec l'aponévrose moyenne du périnée. Le malade pousse, refoule au dehors la main de l'opérateur, et l'opération est extrêmement pénible. Quand vous opérez des tumeurs siégeant sur le trigone vésical, il peut arriver au patient de pousser au moment où vous touchez cette région de la vessie. La technique est troublée, l'exécution des manœuvres est rendue difficile par le fait de l'anesthésie. Rien de semblable avec l'anesthésie à la stovaïne.

Ce que j'ai dit des opérations sanglantes, je pourrais le *répéter* relativement à la lithotritie, qui est rendue si facile par la rachi-anesthésie. Ce mode d'anesthésie est donc *éminemment commode* pour le chirurgien, il facilite singulièrement certaines opérations vésicales. Mais il présente des dangers qu'on ne peut ignorer. Ces dangers ne doivent point en faire supprimer l'emploi, qui conserve ses indications bien nettes. Nous devons simplement être circonspects dans la façon de l'administrer et dans le choix des applications. Nous devons surtout nous appliquer à signaler les accidents et à perfectionner une technique qui, entre les mains de quelques-uns, ne donne ni alerte, ni incident.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Séance du 8 juillet 1908.

M. L. SPILLMANN. — **Deux cas de chancres syphilitiques multiples. Un cas de chancre syphilitique du tronc. Gommes syphilitiques au bout de 50 ans de syphilis. Syphilides ulcéreuses des jambes chez une hérédo-syphilitique (1).**

M. L. Spillmann présente une série de photographies prises à la

(1) In *Revue médicale de l'Est*, 5 nov. 1908.

clinique des maladies syphilitiques. La première a trait à un cas de chancres indurés multiples chez un homme de 30 ans qui présentait à la fois trois chancres syphilitiques, un chancre sus-pubien, un chancre du fourreau et un chancre du sillon balano-préputial. Ces chancres évoluèrent normalement ; ils étaient accompagnés de roséole ; les chancres de la région sus-pubienne et du fourreau étaient des chancres croûteux, celui du sillon balano-préputial était érosif.

On trouvait ainsi réunis sur le même malade les deux aspects du chancre induré cutané et du chancre muqueux.

La seconde photographie représente un chancre induré double du fourreau chez un homme de 29 ans : l'un des chancres a le diamètre d'une pièce de 1 franc, l'autre le diamètre d'une pièce de 0 fr. 50. Ils sont séparés par une étroite bande de peau saine. Ces deux chancres ne présentèrent rien de particulier comme évolution.

La troisième photographie représente un chancre de l'hypochondre droit chez une femme de 25 ans, en traitement à la clinique depuis près de trois mois, pour une vaginite blennorragique. On voit le chancre à un travers de main au-dessous du sein droit, petit chancre ayant les dimensions d'une pièce de 20 centimes. Sur tout le corps, on distingue nettement la roséole qui apparut environ trois semaines après l'accident primitif. Le mécanisme de la contagion resta inconnu.

La quatrième photographie a trait à un cas de gommes syphilitiques de la jambe droite développées chez un homme de 69 ans. Ces gommes étaient traitées depuis plusieurs mois pour des ulcérations variqueuses, lorsque le malade se décida à venir à la consultation de la Maison de Secours.

Ces ulcérations avaient l'aspect caractéristique des gommes à fond bourbillonneux, à bords à pic, adhérents. Le malade avait contracté la syphilis 0 ans auparavant, soit à l'âge de 19 ans.

Cette syphilis était restée latente pendant cette longue période de temps. Deux injections d'huile grise eurent raison de ces accidents.

La cinquième photographie, enfin, représente des lésions ulcéreuses, ecthymateuses du segment inférieur des deux jambes, chez une jeune fille de 23 ans.

Ces lésions étaient traitées depuis plusieurs années sans aucun succès. Cette jeune fille présentait des signes manifestes d'hérédo-syphilis, front bombé, dents crénelées, mal plantées, voûte ogivale, tibias légèrement arqués, petite taille. Dès son entrée au service, on la soumit à un traitement par des injections sous-cutanées de

mercure colloïdal (solution préparée par MM. les professeurs Charpentier et Guilloz). Ces syphilides disparurent rapidement et le malade sortit complètement guérie.

MM. L. Spillmann et Gruyer. — **Deux cas de sporotrichose (sporotrichose syphiloïde gommeuse et sporotrichose tuberculoïde de type nodulaire)** (1).

M. L. Spillmann rapporte en son nom et au nom de M. Gruyer préparateur d'histoire naturelle, l'observation d'un vétérinaire qui était venu à la consultation des maladies cutanées à la Maison de Secours, pour une lésion impétigineuse de la joue gauche.

Il existait une autre lésion plus petite à égale distance entre l'œil gauche et l'oreille et une autre dans le sillon mentonnier. Après avoir enlevé les croûtes, on trouvait un bourgeon saillant, de coloration rouge sombre, parsemé de points blanchâtres, à la pression desquels s'écoulaient des gouttelettes de pus. Il existait deux ganglions du volume d'un œuf de pigeon, au niveau de l'angle de la mâchoire. Pensant, vu la profession du malade, à l'existence possible d'une lésion actinomycosique, on fit avec le pus des ensemencements sur les milieux de Sabouraud et des inoculations au cobaye et on prescrivit au malade un traitement ioduré (2 grammes d'iodure de potassium par jour). Au bout de quelques jours, l'ensemencement sur carotte donnait une culture duveteuse d'abord blanchâtre puis grisâtre puis franchement noire. L'examen microscopique y décelait la présence de filaments mycéliens enchevêtrés et de spores arrondies ou ovalaires, dont quelques-unes étaient insérées sur un court stérigmate. C'étaient, d'après l'examen du Professeur Vuillemin, qui voulut bien examiner cultures et préparations, les caractères du Sporotrichum Beurmani.

Les lésions cutanées se modifièrent assez rapidement sous l'influence du traitement ioduré, si bien qu'au bout de trois semaines, elles avaient presque complètement disparu. Ce cas de sporotrichose peut être rangé dans la classe des sporotrichoses tuberculoïdes de type nodulaire (de Beurmann et Gougerot, *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1906-1907).

M. L. Spillmann rappelle à cette occasion l'observation d'un malade qui, après avoir été soigné par M. le Dr Rueff, était entré dans le service de M. le professeur Bernheim. Il s'agissait d'un employé d'une maison de commerce, qui s'était blessé au médius droit. A la suite de ce léger traumatisme survint un abcès qui s'étendit rapidement en surface et en profondeur. Au bout de trois se-

(1) *Ibid.*

maines, le malade vit se développer une lésion papuleuse, indolore à la partie antérieure du bras, puis une seconde semblable à la face interne du bras.

Peu à peu, ces trois lésions prirent l'aspect de gommes fluctuantes : celle de la main s'était ulcérée et laissait s'écouler une sérosité louche. Etant donnés les antécédents tuberculeux du malade (induration des sommets, père mort tuberculeux, deux oncles tuberculeux), on avait porté le diagnostic de gommes tuberculeuses. L'examen de la sérosité, pratiqué par M. Gruyer, y décela la présence du sporotrichum Beurmanii : les cultures furent nettement positives. Dans le cas particulier, cependant, il ne s'agissait pas d'une sporotrichose pure ; il y avait association du sporotrichum et du bacille de Koch. Les inoculations de la sérosité au cobaye permirent en effet de reproduire la tuberculose expérimentale. Le traitement ioduré institué dès qu'on eut acquis la certitude de la présence du sporotrichum, n'amena la guérison de ces lésions gommeuses que très lentement. Il est fort possible que ce retard de la guérison soit attribuable à l'association du champignon avec le bacille de la tuberculose.

Ce cas de sporotrichose semble pouvoir être rangé parmi les sporotrichoses syphiloïdes gommeuses (de Beurmann et Gougerot).

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON (1).

Epithélioma du nez guéri par la radiothérapie.

M. L.-M. BONNET. — Je vous présente une malade de clientèle à laquelle j'ai fait de la radiothérapie pour un épithélioma du bout du nez. Vous pouvez vous rendre compte de la perfection du résultat.

Cette personne, âgée de 67 ans, est venue me voir le 1er novembre dernier. Elle présentait, sur le lobule du nez, une ulcération circulaire, à bords taillés à pic et épaissis. L'ulcération était un peu plus large qu'un franc ; en tenant compte du bourrelet qui l'entourait, la lésion avait à peu près les dimensions d'une pièce de 2 francs. C'était un épithélioma typique. Le début remontait à trois ans.

Elle ne voulut pas entendre parler d'intervention chirurgicale. D'ailleurs je n'insistai guère pour les raisons suivantes. L'exérèse de tout le lobule du nez ne pouvait donner qu'un résultat esthéti-

(1) Séance du 20 mai. In *Lyon méd.* n° 50, 4 oct. 1908.

que déplorable. Or, il n'y avait pas urgence absolue à la pratiquer : la marche très lente de ces lésions fait qu'on a du temps devant soi pour essayer quelque autre traitement.

Je décidai donc de faire de la radiothérapie, me réservant d'imposer l'exérèse dans le cas où les rayons X ne produiraient pas rapidement une amélioration nette.

Le traitement fut commencé séance tenante. J'ai fait huit séances, espacées de 8 à 15 jours. J'employais un tube assez mou. A chaque séance la quantité fut voisine de 5 H. Je dépassai trois fois cette dose ; les autres fois, je restai au contraire un peu au-dessous.

Après deux séances il y avait déjà une modification nette. Après la septième, la guérison était complète ; je fis néanmoins une huitième séance ; c'était alors le 7 janvier. La guérison remonte donc à quatre mois et demi, pendant lesquels il n'a été naturellement fait aucun traitement.

Elle est venue me voir aujourd'hui pour me demander s'il n'y aurait pas lieu de faire quelque séance à titre préventif, ce que j'ai refusé.

Quoi qu'il en soit, je vous présente cette malade, non pas comme une curiosité, mais à cause de la perfection du résultat. Il n'y a aucune déformation, et il faut regarder de bien près pour voir que, au bout du nez, l'épiderme paraît un peu plus lisse.

M. Horand. — Je féliciterai M. Bonnet de son succès ; il est difficile d'avoir une cicatrice plus parfaite.

Le raclage donne également, d'ailleurs, de très bons résultats, à condition qu'il soit fait profondément.

M. Rafin. — Je confirmerai ce que vient de dire M. Horand ; mais au raclage j'ajoute la cautérisation à la pâte de Canquoin.

M. Durand. — Il n'est pas douteux qu'il faille continuer dans le sens de la radiothérapie, mais je préférerai toujours l'ablation totale de ces tumeurs ; et il est vrai qu'au niveau du lobule du nez la réunion des plaies ainsi créées est difficile.

M. Bonnet. — C'est bien à cause du siège de la tumeur que j'ai fait la radiothérapie.

Eruption singulière de la face et des mains.

MM. L.-M. Bonnet et Olivier présentent un malade portant à la face et au dos des mains une éruption curieuse. Elle est caractérisée par des éléments qui, selon leur âge, ont l'aspect de tubercules, de larges papules ou de saillies œdémateuses simulant des bulles.

Ils éliminent complètement la syphilis.

Il est impossible de donner un nom à cette maladie. Il s'agit d'une éruption aiguë voisine des érythèmes exsudatifs. Il faut faire jouer un rôle à l'alcoolisme considérable du sujet, et aussi aux rayons solaires.

M. Horand. — Cette éruption est très difficile à caractériser ; au niveau des oreilles et des mains elle a des allures de condylome.

Chancre induré du nez (1).

MM. Froment et Rome présentent un malade du service de M. le Prof. Lépine.

Il s'agit d'un homme de 42 ans, porteur d'un chancre induré du nez. Cet homme, éthylique avéré, était entré à la clinique le 5 mai dernier, pour une hémiplégie alterne, du type Michaud-Gubler, avec hémianesthésie. L'hémiplégie était survenue trois jours auparavant d'une manière brusque.

A la suite d'excès un peu plus accusés que de coutume, le malade avait eu un ictus, bientôt suivi de la paralysie. Celle-ci alla rapidement en s'améliorant ; mais vers les derniers jours de mai, le malade se plaignit de démangeaison au niveau de la narine droite, et l'on vit se développer en même temps à l'aile du nez une ulcération étendue qui empiéta rapidement sur la lèvre supérieure.

L'ulcération, à peu près indolente, recouverte de quelques croûtes jaunâtres, avait un fond rouge, parfaitement lisse ; ses bords présentaient une induration nette.

Pendant le séjour du malade dans le service, a apparu un ganglion sous-maxillaire induré qui faisait défaut lors de l'entrée.

Pensant à une lésion spécifique, M. Lépine montra le malade au Prof. Collet, qui porta le diagnostic de chancre induré du nez.

Actuellement, l'ulcération est en voie d'amélioration. Elle a régressé et se limite au pourtour de la narine droite. L'adénopathie a diminué également ; mais on sent encore un petit ganglion sous l'angle de la mâchoire à droite, et les bords de l'ulcération restent indurés. Depuis quinze jours, le malade est soumis au traitement mercuriel. On n'a pas constaté encore d'accidents secondaires.

Il est exceptionnel d'observer un chancre induré à ce niveau. Les diverses statistiques de chancres extra-génitaux assignent au nez comme fréquence le chiffre de 1.5 pour 100. (Lannois, *Maladies de l'oreille, du nez et du larynx*, Paris, Octave Doin, 1908.)

Dans le cas actuel, le malade était hospitalisé depuis un mois quand la lésion est apparue.

(1) Séance du 24 juin. Rapp. in *Lyon Médical*, p. 45, 8 novembre 1908.

Un fait curieux est la coexistence de cette localisation syphil... primitive et d'une lésion nerveuse qu'on pouvait être tenté d'... buer à la syphilis. En raison des antécédents du malade, M.L... avait pensé à une lésion artérielle de la protubérance chez un al... lique ; l'apparition ultérieure de l'accident primitif a montr... effet que la syphilis n'était pour rien dans la lésion nerveuse.

Xe CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE.

Genève, du 3 au 5 septembre 1908.

Louis Wickham, médecin de Saint-Lazare ; P. Degrais, chef de l... boratoire à l'hôpital Saint-Louis.— **De l'action spécifique du radi... sur certaines tumeurs (cancéreuses, angiomateuses, chéloïdienne... et sur certaines dermatoses rebelles (eczémas chroniques, lichénifi... tions, névrodermites, prurits localisés...), sans réaction inflamm... toire secondaire surajoutée.**

L'an dernier, nous avons lu à Paris, au 9e Congrès français de m... decine, un mémoire sur la reconstitution des tissus qui succè... aux réactions exulcératives produites par le radium.

Il en est résulté, chez beaucoup de nos confrères, la croyance ... ronée que nos procédés n'amenaient les résultats annoncés qu'ap... une phase *nécessaire* de révulsion et d'exulcération.

Certes, pour le traitement de quelques affections (nævus pigme... taire (1), tuberculose (2), brides fibro-scléreuses cicatricielles, etc.) il est nécessaire d'avoir recours au pouvoir destructeur du radium et la façon remarquable dont, en général, les réparations s'opèrent spontanément, autorise, dans bien des cas, l'emploi de cette m... thode.

Mais ce serait réduire étrangement la réelle valeur du radium et méconnaître l'intérêt biologique qui s'y rattache que de borner l... son action.

Le radium, d'abord et avant tout, est d'ailleurs, dans bien d... cas, un agent d'élection spéciale qui agit comme un médicament spécifique et mérite cette épithète ; c'est-à-dire que, sans aucune réaction inflammatoire surajoutée, sans révulsion secondaire exul... céreuse, sans destruction, sans radiumdermite, en un mot par « m... thode sèche », certaines tumeurs peuvent fondre, certains tissus

(1) Wickham et Degrais. — *Bulletins* de la Soc. Méd. des Hôpitaux, 2... mars 1908.

(2) Wickham et Degrais. — *Presse médicale*, 22 février 1908.

pathologiques peuvent se modifier, être déviés de leur processus pathologique et donner place à des tissus de guérison.

Arrivés au cours de notre quatrième année de recherches sur l'action thérapeutique du radium en pathologie externe, il nous a paru intéressant de détacher de nos conclusions générales, qui reposent sur l'observation d'environ 6,000 applications d'appareils à radium réparties sur un grand nombre de cas, les faits qui ont trait à l'action spécifique du radium.

Tel est le but de la présente communication.

Dans certaines *néoplasies*, cette action spécifique est particulièrement nette.

Dès ses premières recherches en 1905, bien avant l'ouverture du laboratoire biologique du radium, M. Wickham avait pu constater cette action sur les cancers superficiels de la peau (épithéliome) et sur les chéloïdes.

En interposant de petits matelas d'ouate hydrophile tassée, épaisse de 1 cm. environ, enveloppée de deux feuilles de baudruche Hamilton, en éloignant ainsi les appareils, en faisant en somme du « filtrage » qui ne laissait passer qu'en petite quantité les rayons très pénétrants du radium (β durs et γ) il vit se modifier et guérir les premiers cancers superficiels qu'il traita, sans qu'aucune inflammation surajoutée se soit produite.

Dans son mémoire (1) publié aux *Annales de dermatologie* en octobre 1906, au cours duquel, pour la première fois en radiumthérapie cutanée, des *dosages réellement thérapeutiques* (2) furent formulés et consacrés par des résultats positifs, il précisa, pour les épithéliomes bourgeonnants, la possibilité de leur régression sans phase de réaction ulcérative, même après des applications directes dosées à de fortes radio-activités.

Depuis, nos recherches ont confirmé ces premières observations (3) et, les étendant au domaine de la pathologie externe, nous avons pu instituer et formuler l'emploi méthodique de divers procédés par lesquels l'action spécifique des rayons du radium a été mise en évidence.

Parmi ces procédés il faut noter principalement :

1° Ceux qui par des filtrages appropriés utilisent à la fois les rayons β très durs et les γ ;

(1) Wickham. — Notes sur l'emploi du radium en thérapeutique. *Annales de Dermatologie*, oct. 1906. Masson, éditeur.

(2) Analyses des rayonnements *extérieurs* aux appareils, les seuls utilisables ; proportion de ces rayonnements extérieurs en rayons α, β, γ ; durées et nombre des applications nécessaires en rapport avec ces analyses.

(3) Wickham et Degrais. — Traitement des épithéliomes par le radium. Congrès de Reims, 6 août 1907. *Association pour l'Avancement des Sciences*.

2° Ceux qui utilisent surtout les β par l'application directe des appareils (applications de courtes durées) ;

3° Ceux qui combinent l'action des β tout en multipliant c des γ (tel le procédé du « Feu Croisé » dont il sera parlé plus l

Par ces divers procédés, et bien entendu selon la nature des l sions traitées, nous avons obtenu des guérisons sans réaction flammatoire surajoutée et prouvé, par conséquent, l'action élect du Radium par des moyens très divers.

Cette action élective peut être fort bien mise en évidence par procédé que M. Dominici a institué et qui a pour but de ne laiss agir que les rayons γ par l'interposition d'écrans épais (plomb, a minium, papier, caoutchouc).

Un autre moyen de n'agir qu'avec les rayons les plus pénétrant a été imaginé par M. Bayet, de Bruxelles. Les appareils sont fix à une distance telle que les rayons de moindre pénétration ne p vent intervenir ; l'air dans ce cas sert d'écran.

Aussi bien la diversité des procédés opératoires n'est guère lim tée. Si les applications directes peuvent présenter des modalit très différentes, les méthodes de filtrage sont aussi nombreus qu'on peut imaginer d'écrans ; ces filtres peuvent être simples combinés avec la méthode du Feu Croisé. Or toutes ces méth variant elles-mêmes selon l'intensité radio-active choisie, selon surface des appareils (dimensions et nature : vernis ou toiles, e répartition du sel de Radium), selon les temps de pose et leur successions quotidiennes ou plus ou moins espacées, etc., on con çoit la grandeur du champ ouvert aux investigateurs.

Ces diverses méthodes pourront avoir des indications différent et particulières ; mais parfois aussi, elles aboutiront à des résultat comparables. En voici un exemple : nous savons dores et déjà qu des doses faibles de rayons γ employés seuls (activité 4000) pen dant 70 à 120 heures consécutives, peuvent guérir avec la même ra pidité et sans réaction inflammatoire exulcérative un gros épith liome bourgeonnant, aussi bien que peuvent le faire une dizain de séances d'une heure, espacées en 20 jours environ, de dose globales très fortes (activité 5000, 85 à 90 0[0 de rayons β et 10 à 15 0[0 de rayons γ).

Tout revient en effet à une question de dosage. Le but de n efforts est de savoir quels dosages (quantités et qualités) sont né cessaires et suffisants pour mettre en valeur l'action spécifique du

(1) Les rayonnements globaux émis par les appareils comportent une proportion considérable de rayons β.
En moyenne 0 à 10 % de rayons α, 80 à 90 % de rayons β et 10 à 15 de rayons γ.

Radium. — Et, si les procédés opératoires ont pour objet d'orienter, de faciliter, de régler les dosages, ce sont les dosages eux-mêmes qui dominent toute la thérapeutique. De fait, les progrès n'ont été rapides en Radiumthérapie que du jour où, armés d'appareils mieux compris, nous avons pu connaître les radio-activités réellement utilisées et établir les premières formules de dosages.

Mais ce que nous voulons retenir ici, c'est moins la valeur ou l'histoire des méthodes qui mettent à profit l'action élective du Radium que la démonstration même de son pouvoir électif.

Nous présentons au congrès, pour appuyer cette démonstration, plusieurs photographies aquarellées qui reproduisent à diverses étapes l'évolution régressive des épithéliomes. Les guérisons, on le voit, se sont faites sans révulsion exulcérative.

De tels faits obtenus dès la première heure nous avaient fait entrevoir la possibilité d'agir sur les tumeurs malignes sous-cutanées.

Les *cancers du sein* en particulier ont été l'objet de nos recherches, et si nous ne pouvons pas pour celles-ci apporter une statistique de guérison absolue, nous pouvons affirmer que dans plusieurs cas inopérables, nous avons obtenu une action manifeste sur la tumeur qui, par suite du traitement, s'est arrêtée dans son développement et même le plus souvent a regressé toujours avec une diminution notable des douleurs concomitantes.

Une autre action du Radium qu'il est important de signaler aussi est celle que les rayons très pénétrants peuvent avoir sans révulsion sur les *masses ganglionnaires*, causées par l'envahissement néoplasique. Dans un cas de cancer du sein inopérable, précisément par suite de la présence des masses ganglionnaires développées dans l'aisselle au-dessous et au-dessus de la clavicule avec phénomènes de compression de la trachée, nous avons obtenu une diminution très notable de ces troubles subjectifs. Ailleurs, c'est un œdème du bras qui a nettement diminué à la suite d'applications faites dans la région axillaire ; tous ces résultats ont été obtenus sans réaction de surface.

Ces faits ne sont-ils pas démonstratifs ? Et en faut-il davantage pour témoigner des propriétés vraiment électives spécifiques du Radium vis-à-vis des néoplasies cancéreuses ?



Au cours de nos recherches sur le traitement des *angiomes* (nœvi vasculaires, taches de vin) par le Radium, nous avons été amenés à des constatations de même ordre, nous l'avons signalé du reste

au cours de notre communication du 8 octobre 1907 à l'Académie de Médecine (1).

Les vastes nappes angiomateuses, saillantes, érectiles et pulsatiles, les tumeurs angiomateuses, véritables poches sanguines, taches de vin boursouflées, ne devaient pas, sans risques d'hémorragies, être le siège de réactions vives destructives. Il ne fallait léser en rien les tissus de revêtement et ne créer aucune solution de continuité.

A cet effet, nous avons imaginé plusieurs procédés parmi lesquels celui du Feu Croisé. Cette méthode consiste à appliquer sur la tumeur plusieurs appareils se faisant vis-à-vis deux à deux, un *temps inférieur* à celui qui, pour chacun des appareils, déterminerait une irritation de surface. Dans la profondeur, la durée de l'action par suite du Feu Croisé correspond au produit de la durée d'application de chaque appareil par le nombre de ces appareils. Par ce procédé, tous les rayons agissent, peu pénétrants et très pénétrants, avec multiplication de ces derniers et sans réaction de surface. Fréquemment nous avons assisté à la fonte des tumeurs, à la disparition des battements, ainsi qu'à la décoloration des angiomes qui, après leur affaissement n'ont laissé parfois subsister qu'une surface tranchant légèrement par sa teinte sur les tissus sains voisins.

Nous avons toute une série de photographies aquarellées dont le plus grand nombre concerne des enfants ; plusieurs angiomes étaient de véritables monstruosités. Toutes ces tumeurs, parfois extensives, malignes en quelque sorte, ont bénéficié dans une très large mesure du traitement radioactif par cet emploi des méthodes sèches.

*

Mais l'action spécifique du Radium n'est pas limitée aux tumeurs cancéreuses et angiomateuses. Il est une autre nature de tumeurs, les *tumeurs chéloïdiennes*, qui elles aussi, en bénéficient. C'est, en effet, sans réaction visible que peuvent se niveler d'énormes chéloïdes et que l'aspect véritablement turgescent de certaines cicatrices compliquées de chéloïdes disparaît pour être remplacé par une surface cicatricielle plane, plus facile à dissimuler. C'est aussi par l'action spécifique du Radium qu'ont disparu les douleurs souvent si vives qui accompagnaient ces chéloïdes.

Quelques photographies aquarellées montrent la guérison de ces tumeurs par fonte simple.

(1) Wickham et Degrais.— Traitement des angiomes (taches de vin et tumeurs vasculaires) par le Radium. *Revue de médecine*, juin et juillet 1908, Alcan, édit.

Telles sont les diverses observations qui nous ont conduits à dire à l'Académie de Médecine, le 26 mai 1908, au cours de notre communication sur le traitement des cicatrices vicieuses, que les tumeurs cancéreuses, angiomateuses et chéloïdiennes pouvaient être réunies en un même groupe vis-à-vis de l'action spécifique du Radium.

***

Mais il est toute une classe d'affections d'ordre tout à fait différent pour laquelle le Radium peut agir aussi comme le ferait un spécifique.

L'an dernier, à la session de notre Congrès, à Paris, nous avons présenté un mémoire en collaboration avec M. de Beurmann sur l'emploi du Radium dans certaines dermatoses superficielles, inflammatoires et prurigineuses, qui avait pour but de mettre en lumière l'action analgésique du Radium.

Depuis, nos observations n'ont fait que confirmer ces conclusions premières. Or, c'est précisément sans déterminer de réaction inflammatoire secondaire que ces affections peuvent et doivent même être traitées. Par des applications de très courte durée, de une à trois minutes par séance, de puissants et grands appareils, nous avons pu guérir sans irritations, des *eczémas chroniques*, des *lichénifications*, des *névrodermites*, des *prurits localisés*, des *névralgies superficielles*, notamment celles qui succèdent au zona.

Certains résultats ont été particulièrement démonstratifs : voici un passage détaché d'un mémoire paru dans *La Clinique* (1).

« Un bébé d'un an souffrait, au désespoir de ses parents, d'un « eczéma très prurigineux de toute la face. Pendant 6 mois, sans « aucun succès, je m'acharne avec les moyens habituels. Le bébé « crie sans cesse, n'a plus de sommeil, ni d'appétit. Je me décide à « l'emploi du Radium. M. Degrais lui applique notre puissant ap- « pareil de radio-activité extérieure 500,000 et de 6 centimètres de « diamètre sur chaque place, le premier jour une minute et demie, « et autant le lendemain. Quinze jours plus tard, la mère nous « écrivait que son bébé n'avait plus rien ! »

D'autres résultats ont confirmé ces faits qui montrent non seulement la spécificité du Radium, mais aussi que cette action peut relever des rayons de faible pénétration, notamment des rayons Betta.

Ainsi donc, cette propriété élective du Radium, qui mérite le nom de spécifique, s'étend à un grand nombre d'affections de natures

(1) Wickham. Journal *La Clinique*, 6 mars 1908, Doin, éditeur. Traitement par le Radium des affections rebelles de la peau et des muqueuses.

fort différentes. Au surplus, elle ne se borne pas aux seules lési- que nous avons énumérées ; quelques-uns de nos cas de myc- fongoïdes, de psoriasis, de kératose, etc., en ont bénéficié : n- nous n'avons pas voulu en parler, car ils sont pour le moment tr isolés.

Il convient de noter que ces méthodes sèches ne déterminent p la moindre douleur, et que la commodité des applications joint cette qualité d'indolence en font chez les enfants, même en bas â- des méthodes de choix.

Tels sont les faits que nous voulions rappeler. Est-ce à dire q les meilleurs procédés soient toujours ceux qui évitent certain- réactions ? Non, certes, et dans bien des cas, au point de vue pra- tique et thérapeutique, certaines combinaisons sont fort utiles mais, le but de cette note n'a pas été de discuter les meilleur- méthodes de radiumthérapie, c'est uniquement le principe de l- spécificité du Radium, tel que nous l'avons indiqué dès nos pre- mières recherches, que nous avons voulu établir sur des bases plu- larges et nous pensons que nos observations, consacrées par le temps, sont parvenues à le démontrer.

SOCIÉTÉ BELGE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE.

Séance du 8 novembre 1908 (1).

Chancre induré de la conjonctive bulbaire.

M. DANDOIS rapporte l'observation d'un malade porteur de cett- localisation primitive rare. On n'en connaît en effet qu'une tren- taine de cas. Le jeune homme dont il s'agit avait été traité pa- deux oculistes de valeur et le diagnostic posé fut épisclérite. Du reste, tous les signes de cette affection se trouvaient réunis, y com- pris les phénomènes réactionnels douloureux très intenses. L'abo- lition de la vue était presque complète du côté de l'œil malade. Les oculistes recherchaient la syphilis sans succès, le malade affir- mant, du reste, de façon catégorique, ne s'être pas exposé.

Lorsque M. Dandois le vit, il existait sur la conjonctive bulbaire de l'œil droit, empiétant un peu sur la cornée, un petit cône sus- pect reproduisant assez bien le tableau clinique décrit de la sclé- rose initiale de la conjonctive. M. Dandois songea à une lésion de tertiarisme et fit prendre à son malade de l'iodure de potassium. Après vingt-quatre heures de traitement, l'amélioration était ma- nifeste et la vue se rétablissait ; après quatre jours, la lésion avait

(1) Compte rendu du *Journal méd. de Bruxelles*, n° 47, 1908.

disparu. L'iodure de potassium fut continué. Au grand étonnement de M. Dandois, après quatre semaines, survint une roséole caractéristique. Il s'agissait donc non pas d'une lésion syphilitique tertiaire, mais bien d'un accident primaire. Le malade déclara que son amie avait l'habitude de l'embrasser sur l'œil. L'examen démontra qu'elle avait une plaque muqueuse de la lèvre, dont elle ignorait du reste l'existence.

Contrairement à l'opinion généralement admise, l'évolution de la syphilis fut bénigne chez le malade de M. Dandois. On admet, en effet, une gravité généralement plus grande de la syphilis chez les malades dont la sclérose initiale s'est manifestée à la face.

M. Dubois-Havenith trouve cette observation des plus intéressantes. Cependant elle présente des particularités absolument déconcertantes. Car il est tout à fait extraordinaire et en dehors de ce que nous enseigne la pratique, de voir un accident syphilitique primaire disparaître sous l'influence de l'iodure de potassium, de voir celui-ci le modifier en vingt-quatre heures et le guérir en quatre jours. Jusqu'ici le mercure seul était considéré comme curatif des lésions primaires, aussi ce cas est-il inexplicable si l'on admet que l'iodure de potassium a guéri le chancre.

M. L. Dekeyser pense que si l'on veut se faire une idée exacte du cas présenté, il est indispensable : d'abord de posséder une observation détaillée des oculistes qui ont soigné le malade, ensuite de faire examiner soigneusement le malade par un oculiste qui, seul, a la compétence nécessaire et pourra nous éclairer. Il est difficile à un syphiligraphe d'admettre une action curative aussi nette, aussi rapide de l'iodure de potassium sur un chancre.

M. Dekeyser se demande donc s'il n'y a pas eu ici coïncidence du chancre conjonctival avec une lésion oculaire sur laquelle nous ne possédons pas de renseignements et qui aurait disparu sous l'influence ou non de l'iodure, en même temps que le chancre. Celui-ci, en effet, datait de plusieurs semaines et entrait donc dans la période de résolution spontanée.

M. Duhot considère le cas comme inexplicable si tant est que l'on attribue la disparition de la sclérose à l'iodure de potassium. Celui-ci n'a, en effet, que peu d'action sur les lésions oculaires.

M. Dandois croit à l'action de l'iodure de potassium dans son cas. Pour lui, c'est celui-ci qui a fait céder l'infiltration. On observe du reste cette action de l'iodure sur les infiltrats non syphilitiques. Il ne faut pas perdre de vue que le chancre datant de trois semaines, il était arrivé à la période résolutive et l'iodure a pu activer celle-ci.

M. Laitat s'expliquerait le cas, si les oculistes qui ont soigné d'abord le malade lui ont prescrit des applications médicamenteuses à base de sels de mercure. Ceux-ci sont, en effet, fréquemment employés dans les affections de l'œil, même non syphilitiques. Malheureusement dans le cas présent les renseignements à ce sujet font défaut.

M. Poirier attire l'attention sur la rareté du chancre localisé exclusivement à la conjonctive. Cette rareté de l'affection nous permet difficilement de nous faire une idée juste sur l'évolution normale de ces cas, sur leur réaction aux médicaments et entre autres à l'iodure de potassium. Il s'agit là en effet d'un tissu dont la vascularisation est particulièrement serrée et abondante, ce qui peut mettre l'organe dans des conditions particulières de résorption.

Lésion tertiaire sur la cicatrice, vieille de près de cinquante ans, de la lésion primitive.

M. Dandois rapporte l'observation d'un malade âgé actuellement de près de quatre-vingts ans. A l'âge de 17 ans, il fut atteint d'un chancre du gland. Puis les lésions guérirent, laissant une cicatrice très apparente. La syphilis, malgré un traitement insuffisant, évolua de façon tellement bénigne que le malade se croyait depuis longtemps guéri, lorsque il y a quelques années se montra, sur la cicatrice de la lésion primitive, un ulcère syphilitique tertiaire caractéristique sans autre lésion.

Chancre extra-génital.

M. Dandois présente la photographie d'un chancre de la commissure labiale gauche chez une jeune femme.

Pseudo-tumeur blanche.

M. Dandois montre une photographie très intéressante. Il s'agit de lésions ulcéreuses du genou, de la partie supéro-interne de la jambe, de la partie inféro-interne de la cuisse ayant l'aspect clinique de la tumeur blanche ulcérée. La malade fut du reste traitée longtemps pour la tuberculose articulaire. Le traitement spécifique administré par M. Dandois démontra à l'évidence par ses résultats qu'il s'agissait d'une syphilis ulcéreuse tertiaire.

Syphilome diffus de la lèvre inférieure.

M. Duhot présente une malade qui fut atteinte, comme le montre la photographie faite il y a un an, d'un syphilome diffus de la lèvre

intérieure assez volumineux. La malade, dont la syphilis remonte à quinze ans, présente cette lésion depuis sept ans. Elle fut traitée sans succès par divers spécialistes. Depuis un an, M. Duhot lui fait des injections d'huile grise et la tuméfaction a disparu.

M. Dandois, sans vouloir discuter la valeur de l'huile grise comparativement aux autres traitements mercuriels, ne peut s'empêcher de constater que, dans le cas présent, ce moyen n'a pas paru démontrer la supériorité qu'on veut lui attribuer sur d'autres modes d'administrer le mercure. Il a fallu un an ici à l'huile grise pour obtenir une amélioration considérable sans doute, mais non une guérison. L'induration de la lèvre n'a, en effet, pas disparu.

M. Dandois est convaincu que, dans un cas de ce genre, le calomel en injections intra-musculaires aurait eu un résultat bien plus rapide et plus complet. C'est, en effet, dans les infiltrats de cette espèce que le calomel agit avec une efficacité remarquable. M. Dandois demande donc si la malade a été soumise à ce mode de traitement.

M. Duhot déclare que sa malade n'a pas subi de traitement par le calomel, les injections en étant fort douloureuses en général.

Syphilis mutilante de la face.

M. Duhot présente un malade atteint de syphilis mutilante de a face ayant effondré le squelette du nez et détruit le voile du palais. Il est cependant resté une sorte de septum séparant en deux la cavité.

M. Dandois a eu l'occasion d'observer un cas semblable. Comme ici, une cloison séparait la cavité résultant de la destruction du voile du palais. Malgré cela, dans ce cas comme dans celui de M. Duhot, la voix parlée était parfaitement distincte et à peine altérée.

Chancre double de la langue.

M. Duhot présente un malade qui était porteur d'un double chancre de la langue. Actuellement il n'en persiste que les cicatrices. La syphilis fut communiquée ici par une malade atteinte depuis quatre ans.

Maladie de Raynaud.

M. Poirier montre deux photographies du cas de maladie de Raynaud présenté à une séance précédente. L'amputation de la jambe fut rendue indispensable par suite de l'étendue et de la gra-

vité des lésions. Au cours de l'opération, on put constater un athérome à ce point considérable que la tibiale postérieure ne donnait presque pas et l'amputation put se faire sans hémorragie notable. L'autopsie du membre amputé démontra, outre un athérome considérable, une augmentation de volume énorme du nerf tibial.

Lèpre.

M. Poirier, revenant sur les deux cas de lèpre qu'il a présentés déjà, signale que, dans le cas de lèpre nerveuse anesthésique, les injections d'eucalyptol paraissent avoir eu une influence bienfaisante de nature à retenir l'attention. L'insensibilité tend à disparaître et le malade se rend compte également de la restauration progressive du sens thermique. Qnant à l'autre cas, son état s'est aggravé.

REVUE DE LA PRESSE

Dr du Bois (de Genève). — **Dermite due à la chenille processionnaire.** — Le dernier numéro du *Lyon médical* signale un cas d'ophtalmie intense par poils de chenille, observé par M. Louis Dor.

La *Revue médicale de la Suisse romande* du 20 octobre signale un grand nombre de dermites observées au printemps dernier par le Dr du Bois (de Genève). Cette dermite est urticarienne et apparaît au printemps seulement. A noter spécialement l'expérience suivante :

L'auteur ayant rencontré deux larges rubans de chenilles plaça devant chaque file une caisse, où elles entrèrent tout simplement. Arrivé chez lui, il vida dans une caisse plus grande les chenilles récoltées en avertissant les personnes présentes de se tenir à distance et de n'avoir aucun contact avec les chenilles ; malgré cela, toutes ne tardèrent pas à ressentir de violents picotements sur le nez, la face et les mains. Un petit blond qui s'était approché davantage eut un boursouflement notable de la face et une conjonctivite qui dura plusieurs jours. L'examen anatomique de la peau des chenilles fait par M. du Bois lui a révélé que les chenilles processionnaires ont deux espèces de poils : les uns fixes ; les autres mobiles, très fins, renfermés dans une série de dépressions de la peau et pouvant être expulsés et jetés au dehors.' voltiger de là

dans l'air ambiant et se fixer sur les objets. Ces poils ont une extrémité pointue et une tige barbelée. Les nids frais sont aussi fâcheux à manier que les chenilles elles-mêmes. Les vieux nids au contraire n'ont pas d'action nuisible. L'auteur suppose qu'à l'action mécanique des poils s'ajoute l'action d'une substance toxique irritante. De très bonnes planches accompagnent cet intéressant mémoire. (*Lyon méd.*, p. 945, 1908.)

BRETON, RAVIART, etc. — **Réaction de Wassermann et aliénation mentale.** — Tous les aliénés syphilitiques avérés, sauf un, infecté depuis quatre mois seulement, ont réagi positivement. La plupart des malades non hérédo-syphilitiques ont présenté le signe d'Argyll-Robertson, ainsi que la réaction de Wassermann ; cette concordance n'a fait défaut qu'une fois. Les stigmates physiques d'hérédo-syphilis et la réaction de Wassermann ont habituellement coexisté. — La réaction est fréquente chez les aliénés, et en particulier chez les paralytiques généraux, tabétiques ou non, chez qui elle existe toujours, ce qui semble constituer un sérieux argument en faveur de l'origine syphilitique de ces deux affections. — Absente chez les déments vésaniques, rare chez les épileptiques, la réaction de Wassermann existe plus souvent chez les déments précoces, organiques ou séniles. — Elle s'est rencontrée surtout chez les sujets présentant à un degré quelconque un arrêt de développement des facultés intellectuelles — idiotie, semi-idiotie, imbécillité, — ce qui permet de penser que la syphilis joue dans l'étiologie de ces infirmités psychiques un rôle plus important qu'on ne l'avait supposé jusqu'ici. (*Rev. de méd*,, sept. 1908, et *ibidem*.)

BALLENGER. — **Un foyer insolite d'infection gonococcique.** — M. le docteur Ballenger rapporte l'observation suivante :

Un jeune homme de dix-neuf ans, commis-voyageur, qui avait depuis sa puberté, des pollutions nocturnes survenant souvent deux ou trois fois dans la même nuit et qui avait contracté, un an auparavant, une blennorragie ayant duré deux mois et paraissant guérie, présenta à l'examen un prépuce très allongé, adhérent au gland de chaque côté et dont la portion dorsale et moyenne avait été rupturée. Dans ces deux points, la muqueuse était ulcérée et l'arrachement du prépuce avait eu lieu quelques jours avant, à l'occasion du coït. Ces deux points donnaient lieu à une collection muco-purulente, et, de plus, il y avait un écoulement uréthral contenant de nombreux diplocoques intracellulaires.

L'auteur conseilla des injections uréthrales, l'usage interne des balsamiques et, après avoir nettoyé les lésions du gland, les fit

saupoudrer de stéarate de zinc. Ces moyens thérapeutiques diminuèrent rapidement les troubles morbides et tarirent l'écoulement si bien que, bientôt, on ne trouvait plus que quelques filaments uréthraux dans l'urine. Les érosions du gland se cicatrisèrent, sauf au niveau de deux petites poches qui laissaient sourdre une gouttelette de pus. Cependant, une quinzaine de jours après le début du traitement, le malade quitta la ville pour faire un petit voyage d'une trentaine de kilomètres environ. Sous cette influence, le prépuce et le gland s'enflammèrent de nouveau et, au bout de deux jours, un écoulement uréthral reparut, présentant tous les caractères de la blennorrhagie. Dans le pus, provenant des petites cavités, il y avait de nombreux gonocoques. Pour avoir raison de la persistance de l'écoulement et des lésions, M. Ballenger rompit les adhérences et fit des cautérisations avec de l'acide nitrique. Depuis lors, aucune rechute ne s'est produite.

Pour obtenir l'anesthésie locale pendant la petite intervention en question, l'auteur injecta vingt gouttes d'une solution de cocaïne à 1 % au niveau du nerf dorsal de la verge et, quand il est nécessaire de prolonger l'effet anesthésique, il ajoute quelques gouttes d'adrénaline à cette solution.

Il est à remarquer également qu'après la rupture des adhérences, les pollutions nocturnes diminuèrent considérablement, ne se produisant plus alors qu'une fois toutes les deux ou trois semaines au lieu de deux ou trois fois par nuit. (*Méd. Record* 1907 et *Méd. mod.* 1908.)

FOVEAU DE COURMELLES. — **De certaines taches cutanées résistant au radium et disparaissant par l'étincelle de haute fréquence.** — Les nœvi, les lupus, les cancroïdes cèdent au radium comme d'ailleurs aux étincelles de haute fréquence (Bergonié, Foveau, 1902). Dès 1898, l'A. a différencié l'action lumineuse de l'effluve de l'action révulsive provoquant de la sérosité, le ramollissement et la chute des tissus frappés par l'étincelle de haute fréquence ; aussi il a appliqué celle-ci à des taches noirâtres et jaunâtres de la peau où de longues séances de bromure de radium (0 centigr. 5 à 1.000.000 ; trois heures) avaient échoué. Ces taches de mélanose et d'éphélides criblées par des étincelles de 2 centimètres à travers l'électrode à verre bleu (cinq cas similaires) cédèrent à trois applications de cinq minutes de durée ; les tissus s'irritèrent, suintèrent, se durcirent en croûtes et s'éliminèrent. Ceci est à rapprocher du xanthélasma ainsi soigné par Bordier. Les résultats esthétiques sont parfaits, la peau est blanche et lisse comme celle du voisinage. (*Acad. des Sciences* 9 nov. 1908, in *Gaz. des Hôp.*, n° 132, 17 nov, 1908).

HYMAN. — **Un cas de blennorragie buccale.** — Une jeune fille de dix-huit ans vint consulter M. Hyman pour des douleurs violentes et sensation de brûlures dans la bouche. Elle avoua, pressée de questions, qu'elle pratiquait le coït *ab ore*. Sa maladie avait débuté par une sensation de sécheresse, rapidement suivie de gonflement de la langue, de difficulté de déglutition, de nausées et d'un écoulement de sérosité fétide et sanguinolente.

L'auteur constata la présence d'une membrane blanchâtre sur le voile du palais et la face interne des joues et, çà et là, des taches sanguinolentes. Il était facile de détacher cette membrane, sous laquelle on trouvait la muqueuse rouge et enflammée ; les mouvements de la langue étaient difficiles, les gencives spongieuses et saignantes, les dents déchaussées. Il n'y avait pas de blennorragie génitale. Au microscope, la fausse membrane était constituée par des cellules épithéliales, des globules de pus, du mucus ; on y trouvait des staphylocoques et des diplocoques ayant tous les caractères du gonocoque de Neisser.

On traita la malade par des applications de solution de nitrate d'argent de plus en plus concentrées, de 0.4 % à 2 %. Bientôt les symptômes s'amendèrent si bien qu'au bout de huit jours, toute exsudation avait disparu. On conseilla alors des lavages de la bouche avec une solution saturée d'acide borique et de 1 % d'alun. En quatre jours, la guérison fut complète. (*New-York med. Journ.*, 26 janv. 1907 et *Med. Mart.* 1908).

LECERCLE. — **Excoriations provoquées chez le fantassin.** — La lecture d'études récentes sur quelques affections provoquées nous remet en mémoire le procédé élégant, en matière d'excoriations, qu'il nous a été donné de dépister aux manœuvres dernières. Malgré les précautions d'usage qu'on a coutume de prendre avant le départ (formolisation des pieds, soins attentifs de la chaussure, etc.) nous avions été frappé par l'apparition, sans raison bien légitime, d'excoriations survenues très à propos sur les pieds de quelques-uns de nos hommes.

En dehors de leur forme presque toujours nummulaire, de leur localisation quelconque ne répondant nullement aux points habituels de frottement de la guêtre ou de la chaussure, l'aspect très particulier de ces surfaces vives et leur lente réparation ne répondaient à rien de ce que nous étions accoutumé à voir jusqu'alors. Nous restions d'autant plus sceptique que ces mêmes lésions étaient successivement apparues, à peu près semblables d'aspect, avec cette localisation inexplicable, chez trois prisonniers, dont un réserviste, peu soucieux d'être emmenés aux manœuvres.

Malgré notre conviction intime qu'il s'agissait là d'excoriations provoquées et probablement de brûlures, nos recherches pour en trouver la cause étaient restées vaines ; nous partions sur l'impression peu satisfaisante, en somme, que nous avions été trompé. Mais nous ne nous tenions pas pour battu, et la sagacité de nos infirmiers mise en éveil nous permettait, quelques jours après, de découvrir le procédé. Il suffit à l'homme de prendre la patte d'épaule en drap qu'on lui a donnée pour empêcher le glissement du fusil porté à la bretelle et d'empoigner cette bande roulée qu'il serre fortement pour aplatir en quelque sorte le bourrelet à forme cylindrique. Sa consistance est renforcée et un bord apparaît presque à sa surface cylindrique, qui est promenée d'un mouvement de va et vient rapide sur la partie à excorier : les malléoles en général, le cou-de-pied, l'extrémité inférieure de la jambe. Le frottement énergique de cette brosse en drap provoque une véritable brûlure, qui, du simple érythème, peut aller jusqu'à la phlyctène, puis à l'ulcération, quand l'épiderme enlevé a mis à nu ces surfaces excoriées à processus plus ou moins nécrosant.

Ce moyen rapide permet certainement, avec quelque habitude, d'obtenir la lésion voulue à des degrés différents. Il peut être extemporané et c'est alors le comble de la supercherie : si pour une raison quelconque le traînard n'est pas examiné immédiatement en cours de route, s'il arrive à apitoyer suffisamment le médecin pour être autorisé à monter dans la voiture médicale jusqu'à la prochaine halte horaire où il sait qu'on l'obligera à se déchausser, pour peu que le médecin s'écarte de la voiture, il « opère » pendant le trajet — quelques secondes suffisent — et peut montrer ensuite à l'examen la plaie qui lui vaudra l'exemption calculée.

Peut-être ce moyen très simple est-il déjà connu des camarades qui, plus que nous, ont l'expérience du fantassin. Nous ne l'avions pas vu décrit et il était ignoré de tous ceux à qui nous l'avons signalé. (*Caducée*, n°21 7 nov. 1908.)

Merkavitch. — **Un cas de tuberculose primitive de la cloison du nez.** — 1° Depuis le mois d'octobre 1906, la malade est atteinte d'une gêne de la respiration et de douleurs dans le nez. Sur la partie cartilagineuse du septum, à droite, tumeur de la grosseur d'une pièce de vingt centimes, ramollie au centre. Suspectant la syphilis, l'auteur prescrivit l'IK, qui n'a donné aucun résultat. La tumeur a été partiellement enlevée, mais a récidivé au bout de deux mois. Peu après, nouvelle ablation presque totale de toute la néoplasie ; au bout de quelques mois la tumeur avait atteint son ancien volume. L'examen microscopique n'a pas donné de résultats positifs, en

dehors de tissus granuleux le microscope n'a rien révélé. Depuis un an, les dimensions de la tumeur n'ont pas varié. Rien d'anormal dans les autres organes, sauf un peu de matité à l'un des sommets. Diagnostic probable : tuberculose primitive de la cloison du nez.

2° Le malade, âgé de vingt-trois ans, avait été trachéotomisé en août 1907 pour une dyspnée consécutive à un rétrécissement de la fente glottique. L'affection datait de huit mois ; elle a débuté par un simple enrouement ayant résisté à tous les traitements. A l'examen on trouva une infiltration marquée des aryténoïdes et des bandes ventriculaires ; la glotte était rétrécie et ne s'ouvrait guère à l'inspiration. Pas de phénomènes subjectifs, sauf l'enrouement. Les ganglions cervicaux et inguinaux étaient augmentés de volume. Bien que le malade niât la syphilis, on lui prescrit néanmoins l'IK mais à doses peu élevées (IK, 6 grammes, eau, 180 grammes, trois cuillerées à soupe par jour), car le médicament était mal toléré. Au bout de douze jours, amélioration considérable, infiltration bien moins prononcée, les cordes vocales épaissies étaient devenues visibles et la glotte plus large. Etat général bon ; respiration libre avec une canule fermée. (Soc. de laryngol. de St-Pétersbourg, 5 oct. 1907, in *Rev. heb. de lar., ot. et rhin.*, n° 32, 8 août 1908.)

NIKITINE. — **Un cas de pemphigus des lèvres et de la bouche.** — M. J. Ch.., quarante ans, est malade depuis quatre mois. D'après lui, l'affection a débuté par l'apparition sur le voile, la gencive gauche et la paroi postérieure du pharynx de petits points blancs, douloureux, qui bientôt se sont transformés en vésicules et ont disparu au bout de quelques jours sans aucun traitement. Depuis, des éruptions analogues commencèrent à récidiver sans cause apparente en se traduisant par des phénomènes de plus en plus marqués du côté de la bouche et aussi du nez. Sous l'influence du traitement local, l'affection disparaissait, mais depuis la dernière récidive (il y a deux mois et demi) l'éruption n'a pas disparu et elle persiste jusqu'à présent. Les téguments sont d'abord restés indemnes ; mais ces temps derniers ont apparu sur la peau du cou des vésicules isolées qui, après crevaison, laissaient des taches humides et rougeâtres.

Lors du premier examen du malade, toute la muqueuse du voile, du pharynx, des deux joues, des lèvres et de la langue était hyperémiée et l'épithélium par endroits desquamé. Les mouvements de la langue et des lèvres étaient douloureux, la déglutition difficile. Le malade se plaignait d'une abondante salivation qui l'empêchait de dormir. Du côté du larynx rien d'anormal. Les

organes internes ne présentaient aucune altération. Le malade mon-trait de constipation, avait de l'anorexie et de l'insomnie. La tem-pérature était restée d'abord normale, mais depuis le 10 octob- elle a commencé à monter.

L'examen bactériologique des sécrétions de la muqueuse a ré-celé la présence du staphylocoque pyogène doré.

Le traitement, aussi bien local (gargarismes et badigeonnages) que général (injections sous-cutanées d'une solution d'arrhéna- 2 %), a produit jusqu'à présent très peu d'effet. (Soc. de Laryng- de St-Pétersbourg, 5 oct. 1907, *Rev. heb. de laryng. ot. et rhin.* nº 32, 8 août 1908.)

SABARÉANU. — **Mélanodermie physiologique des muqueuses.** — Les ta-ches noires des muqueuses constituent un signe diagnostique im-portant de la maladie d'Addison. On les a rencontrées encore chez des tuberculeux pulmonaires cachectiques et dans l'addisonisme de M. Boinet. Même en dehors de tout symptôme pouvant être mis sur le compte d'une lésion surrénale, cette pigmentation des mu-queuses fut observée chez les phtiriasiques.

Or, en Roumanie, il est fréquent d'observer des taches pigmen-taires des muqueuses chez des sujets sains et M. Sabaréanu en rap-porte 12 observations parmi les nombreux cas qu'il a eu l'occasion de voir. Cette mélanodermie physique des muqueuses, dont M. Besnier et M. Eichhorst ont jadis relaté chacun un cas, occupe la face interne des joues, surtout la partie moyenne sous forme de points plus ou moins gros, rarement sous celle d'une plaque ; la face externe des gencives est fréquemment le siège de taches ana-logues, principalement à sa partie saillante, et parfois sous forme d'une bande. Les lèvres sont plus rarement atteintes, le palais ne l'est jamais. Enfin on en observe quelquefois à la conjonctive et au gland.

L'auteur a constaté que cette mélanodermie des muqueuses se rencontrait de préférence chez des gens très bruns, quelques Rou-mains de basse classe, surtout chez les tziganes : tous ces individus présentaient des taches cutanées pigmentaires et leurs cicatrices marquaient une tendance prononcée à la pigmentation. (*Rev. de méd.*, août 1908 et *Sem. méd.*, 18 nov. 1908.)

M. Louis SPILLMANN. — **Un cas de trichophytie de la barbe et des parties glabres à type de Kerion Celsi.** — M. Louis Spillmann a présenté à la Faculté de médecine de Nancy un malade âgé de 25 ans, forge-ron, atteint de trichophytie.

Les lésions cutanées ont débuté le 25 avril 1908, au niveau du

menton et de la partie latérale gauche du cou, sous forme de placards papulo-érythémateux de la dimension d'une pièce d'un franc. Quelques jours après, les lésions du menton se sont rapidement transformées en nodosités saillantes recouvertes de croûtes impétigineuses (sycosis tuberculeux) pendant que les lésions du cou, tout en devenant plus saillantes, se montraient couvertes de nombreuses pustules.

Au bout de quinze jours, des lésions semblables à celles du cou apparaissaient à la face postérieure du bras gauche et sur le thorax, au-dessous de l'omoplate gauche ; à ce niveau, existent neuf placards arrondis, de gâteaux, recouverts de pustules.

Il s'agit là d'un cas de trichophytie de la barbe et des parties glabres à type de Kerion Celsi ou de sycosis nodulaire trichophytique, habituellement dû au trichophyton gypseum d'origine équine. La profession du malade semble devoir confirmer cette hypothèse ; comme forgeron, il a eu à manier, ces temps derniers, des chevaux atteints de lésions cutanées. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er oct. 1908.)

Zia Noury pacha et Haidar bey. — **Sur le charbon des amygdales.** — Un batelier de soixante-cinq ans ressentit, quelques heures après avoir bu de l'eau à même une cruche sale, de la difficulté de la déglutition qui ne cessa d'augmenter. Le jour suivant, apparurent un gonflement du cou et de la difficulté à respirer, si bien que le troisième jour cet homme entra à l'hôpital.

Dès son admission on constata de la gêne de l'inspiration ; du côté droit du cou, depuis la clavicule jusqu'à la région parotidienne s'étend une tuméfaction œdémateuse non douloureuse et ne gardant pas l'empreinte du doigt.

La déglutition et la parole sont pénibles et douloureuses.

Du côté du voile du palais, le pilier antérieur du voile, l'amygdale, le tissu péri-amygdalien sont infiltrés d'œdème, ainsi que la luette. Cette tuméfaction recouverte d'un enduit blanchâtre masque en partie l'orifice du pharynx. Le côté gauche est intact. L'épiglotte est également volumineuse, déviée vers la gauche, mais le larynx est sain. La température est à 37°5.

L'ensemencement du sang et de la muqueuse du pharynx donne de la bactéridie charbonneuse en culture pure.

Les difficultés de la respiration augmentent et nécessitent la trachéotomie la nuit suivante. Le malade a du délire et succombe le lendemain dans le coma.

L'autopsie montre que l'œdème s'étend jusque dans le médiastin.

Derrière le pilier antérieur droit du voile du palais existe une large ulcération recouverte d'un enduit grisâtre.

Les autres organes ne présentent rien de particulier. L'ensemencement de la sérosité œdémateuse du sang et de la rate donne de la bactéridie charbonneuse.

Il s'agit donc d'un cas de charbon inoculé au pharynx et ayant déterminé une septicémie consécutive. Cette observation se rapproche de celle publiée au commencement de 1908 par Meyer. (*Deut. med. Woch.*, 13 août et *Gaz. des hôp.*, 1256, 1908.)

THÉRAPEUTIQUE, PRESCRIPTIONS ET FORMULES

Traitement des brûlures par la levure de bière

(PLANTIER.)

Dans ces derniers temps, M. le docteur Plantier, d'Annonay, a entretenu la Société médicale de la Drôme des bons résultats qu'il a obtenus en traitant les brûlures par la levure de bière. Voici comment il procède :

« Quel que soit le degré de la brûlure, après une minutieuse désinfection préalable, on étend d'eau bouillie tiède soit de la levure de bière sèche ou fraîche, soit de la levure de grains, de façon à obtenir une pâte ayant à peu près la consistance d'une épaisse bouillie de plâtre. On imprègne avec soin, comme on le fait pour un plâtre, des bandes de gaze stérilisée pliées en plusieurs doubles et on recouvre le membre brûlé parallèlement à son axe et non perpendiculairement. On n'enroule pas les bandelettes pour éviter la compression circulaire désagréable et peut-être nuisible due à la rétraction consécutive à la dessiccation. On fixe très exactement le tout par quelques tours de bande. Le pansement est à peine achevé depuis quelques minutes, parfois seulement quelques secondes, que se produit une remarquable sédation des douleurs, si intenses, si atroces même dans certains cas. L'euphorie est quelquefois si prompte et si complète qu'on dirait qu'une piqûre de morphine a haute dose vient d'être pratiquée.

On renouvelle jusqu'à guérison le pansement, selon la même technique, après un temps variable d'un, deux ou trois jours, soit qu'il se trouve desséché, craquelé et s'applique mal, soit qu'il existe des douleurs, soit encore qu'il se produise des phlyctènes que l'on vide soigneusement avec un bistouri flambé, en ayant soin de très minutieusement recoller l'épiderme.

Il n'y a ni suppuration et, partant, ni odeur fétide, ni cicatrice difforme. Seules, les parties entièrement carbonisées se sphacèlent. La brûlure est transformée en une plaie aseptique et guérit en quelques jours. (*La Presse médicale*, 19 septembre 1908).

Thérapeutique nouvelle de l'iodure de potassium.

(de PRADO.)

M. L. de Prado, pour prévenir la décomposition de l'iodure de de potassium dans l'estomac en K Cl et HI irritant, voire caustique, préconise son administration à jeun sous forme d'une potion de 50 centigr. avec 150 gr. d'eau distillée, 1 cuiller à potage de cognac vieux, et Q. S. de miel, à prendre en une fois, avant le repas du matin. L'auteur est parvenu à faire tolérer ainsi le médicament à un

malade qui présentait une idiosyncrasie marquée vis-à-vis de l'iodure. La dose de 50 centigr. étant le plus souvent insuffisante, M. de Prado préconise l'emploi, pendant le jour et dans l'intervalle des repas, d'une solution de KI à 10 gr. pour 30 gr. d'eau à prendre par gouttes, avec du bicarbonate de soude, de l'eau distillée ou bouillie et du miel. Il est parvenu ainsi à faire prendre à des malades affligés d'intolérance jusqu'à 1,50 a 2 gr. de KI par jour.

Il préconise un mode d'administration analogue du salicylate et des sels de mercure. (*Soc. de Méd. de Gand*, 6 oct. 1908 : in *Presse méd.*, n° 97, 2 déc. 1908.)

Les injections intra-musculaires de préparations mercurielles solubles dans la syphilis des nourrissons.

(Finizio.)

Cette méthode conquiert de plus en plus d'adhérents à mesure que l'on se rapproche de notre époque et que la technique s'en est perfectionnée. Chez le nouveau-né, on a employé un demi milligramme de biiodure en solution aqueuse et de 1 à 3 milligrammes chez l'enfant plus âgé, et jamais on n'a observé d'intolérance ; mais l'injection doit être poussée verticalement dans le muscle. Cette méthode est surtout indiquée lorsque les mères sont négligentes, abruties par la misère, que les nourrissons sont sujets aux troubles gastro-intestinaux ; elle est donc tout spécialement de mise dans les cliniques et les dispensaires. Finizio l'a employée dans quatre cas, chez des enfants d'un à trois mois, presque tous cachectiques, les injections de 1 à 2 milligrammes furent renouvelées d'abord tous les jours, puis de deux jours l'un, pendant 15, 30 jours. Les résultats furent heureux. La douleur produite était modérée (*Ann. de Méd. et chir. infant.* n° 22, 15 nov. 1908.)

Façon pratique de débarrasser les doigts des taches jaunes dues à l'acide picrique.

(Duchesne.)

Jusqu'à présent, on employait le carbonate de lithine : il a le gros inconvénient de n'être soluble que dans l'eau gazeuse. L'A. conseille de lui substituer le benzoate de lithine ou le salicylate de lithine, qui, eux, sont solubles dans l'eau et donnent d'excellents résultats pour la décoloration des doigts. (*Soc. méd.* du VII° Arrond. 27 oct. 1908. in. *Bull. off. d. Soc. méd. d'Arrond.* n° 22, 20 nov. 1908.)

Un nouveau traitement de la syphilis par un agent non mercuriel.

(André Weil.)

Bien que le mercure soit un merveilleux agent de traitement, il n'est cependant pas sans inconvénient et de plus, s'il guérit les accidents de la syphilis, il ne guérit pas la maladie elle-même. Aussi cherchera-t-on longtemps encore le médicament qui donnera ce résultat. Il est donc intéressant de signaler les tentatives de ce genre quand elles sont faites sérieusement. Un médecin de Saint-Tropez, le Dr Aillaud, guidé par certaines considérations théoriques, a expérimenté dans ce but un sel inconnu jusqu'à ce jour en médecine, l'uranate d'ammoniaque, et M. le Dr Jullien, chirurgien de St-Lazare, l'a essayé dans bon nombre de cas. Un de ses élèves, le Dr André Weil, vient d'exposer dans sa thèse (1) les résultats obtenus dans son service, résultats qui paraissent très favorables.

L'uranate d'ammoniaque, qui est désigné dans le commerce sous le nom de jaune d'urane et qui n'est employé industriellement qu'en céramique, est peu toxique, contrairement aux autres sels d'urane, qui le sont beaucoup. Il possède des propriétés radio-actives très nettes, ce qui semble indiquer qu'il agit sur le système nerveux où paraît se cantonner le virus syphilitique.

On l'emploie aux mêmes doses et de la même manière que le calomel c'est-à-dire qu'on utilise l'uranate d'ammoniaque chimiquement pur en suspension à 5 p. 100 dans de l'huile de vaseline stérilisée. Un centimètre cube de cette solution correspond à cinq centigrammes d'uranate d'ammoniaque. Les injec-

(1) Thèse Paris ; chez Michalon.

tions sont faites, une fois par semaine, avec cette huile jaune dans la fesse ; elles ne sont nullement douloureuses et n'ont jamais amené aucun accident. On a pu les continuer pendant deux mois et beaucoup plus longtemps, (jusqu'à 30 piqûres de suite) sans aucun inconvénient ni menace d'intoxication.

L'essai du médicament a porté sur 50 malades, mais les observations n'ont été suivies assez longtemps que dans 39 cas. Dans tous sauf un, l'action du médicament a été particulièrement rapide.

La durée moyenne du traitement a été de deux mois et demi, mais la guérison est indiscutable.

Le peu de toxicité de l'uranate d'ammoniaque lui donne une valeur thérapeutique incontestable ; à ce point de vue il l'emporte sur le mercure ; de plus, au point de vue de la curabilité des lésions l'huile jaune possède dans certains cas une action aussi rapide que celle des mercuriels les plus actifs.

Malgré tout, il est évident que ce n'est qu'après un temps suffisamment prolongé qu'on pourra se prononcer sur sa valeur exacte, mais il sera très intéressant de suivre ces essais. (*Jour. de Méd. et de Chir. prat.* 25 décembre 1908, art. 22.300).

Traitement de la calvitie

D'après Lassar.)

Pendant six à huit semaines, pratiquer un *savonnage du cuir chevelu* avec de l'*eau de goudron*. Plus tard on pourra espacer ces savonnages à des intervalles plus considérables. N'importe quel savon peut être utilisé.

La durée de chaque séance sera de dix minutes.

Il est recommandé de se servir, pour les femmes blondes, de la préparation ci-après :

Carbonate de potasse / — de soude..	ãã 15 gr.
Savon ordin. pulvérisé.	70 gr.
Eau de roses	100 gr.

M. S. A

On divisera les cheveux longs en plusieurs tresses qui seront maintenues fixées à la nuque pour qu'elles ne s'emmêlent pas.

Une fois le cuir chevelu bien imprégné de l'écume savonneuse, on enlève celle-ci au moyen d'un jet d'eau tiède fourni par un irrigateur ou par un bock. On fait ensuite sur le cuir chevelu une irrigation à l'eau froide. Puis, après avoir légèrement séché la tête, on frotte le cuir chevelu avec le mélange suivant :

Bichlorure de mercure.	0 gr. 50
Eau distillée...........	150 gr.
Glycérine .... / Eau de Cologne	ãã 50 gr.

M. S. A.

Cette friction est suivie d'une autre faite avec :

Thymol...............	0 gr. 50
Alcool absolu	200 gr.

. M. S.

ou :

Naphtol B.	0 gr. 50
Alcool absolu..........	200 gr.

M. S. A.

Enfin, quand le cuir chevelu a été dégraissé de la sorte, aussi parfaitement que possible, on l'enduit d'un mélange ainsi composé :

Acide salicylique.........	2 gr.
Teinture de benjoin......	3 gr.
Huile de pied de bœuf....	100 gr.

M. S. A.

En se couchant, on se trouvera bien de traiter les parties atteintes avec de l'*essence de térébenthine lanolinée* à 10 p. 100 en veillant à l'irritation éventuelle possible de la peau ou en faisant usage de la pommade qui suit :

Acide phénique.........	1 gr.
Fleur de soufre..........	10 gr.
Essence de bergamotte...	XV gtt.
Baume du Pérou	2 gr.
Lanoline anhydre	40 gr.

. M. S. S.

Ces diverses manipulations répondent à toutes les médications qui sont à remplir pour supprimer les causes de l'alopécie commune et pour activer la pousse des cheveux.

Le *savonnage* enlève toutes les matières adhérentes au cuir chevelu.

La *mixture au sublimé* se trouve sous une forme sous laquelle elle

est facilement absorbée par les orifices des follicules pileux.

L'*alcool absolu* dessèche, dégraisse et désinfecte le cuir chevelu.

L'*huile salicylée* s'insinue facilement à travers tous les pores et l'acide salicylique est ainsi mis à même d'exercer sa puissante action parasiticide jusque dans la profondeur des culs-de-sac glandulaires (*B. gén. de thér.*, 30 Juillet. 1908.)

Traitement de la calvitie précoce.

C'est tout à fait au début qu'il faut tenter de l'enrayer. M. Saalfeld dit qu'il s'est bien trouvé, en pareille circonstance, de la tannobromine, qui est une poudre brune contenant 30 p. 100 de brome ; en concentration faible, elle combat la séborrhée. En cas de pellicules, il faut prescrire :

Tannobromine	1 gr.
Vaseline jaune...........	29 gr.

Usage externe.

Ou encore :

Acide salicylique		0 gr. 5 à 0 gr. 75
Tannobromine	}	
Thigénol.............	}	àà 1 gr.
Teinture de cantharides	}	
Essence de roses.......		1 gtte.
Moelle de bœuf.........		30 gr.

Usage externe :

Trois fois par semaine, on fera une onction avec une de ces pommades le soir. Plus tard, on se contentera de deux onctions par semaine.

En cas de séborrhée, on commence par un savonnage quotidien au savon soufré ; on sèche et on applique ensuite une des préparations suivantes :

Thigénol..	2 gr. 5 à 5 gr.
Alcool..........	100 gr.

Usage externe.

Ou encore :

Tannobromine . }	àà 2 gr. à 5 gr.
Thigénol....... }	
Alcool dilué....	100 gr.

Usage externe :

En cas de séborrhée légère, on se contentera d'une solution contenant 5 p. 100 d'hydrate de chloral dans de l'eau et de l'alcool à parties égales.

Quand l'amélioration est manifeste, on diminue le nombre des lavages, et lorsque le cuir chevelu devient trop sec, on applique, de temps en temps, une pommade contenant 10 p. 100 de tannobromine. (*Ibidem.*)

Traitement des eczémas suintants.

(Brocq.)

Il y a deux médicaments excellents pour combattre les eczémas suintants. Le premier est le baume du Dr Baissade connu depuis longtemps ; le second est le coaltar ou goudron brut de houille, que l'on emploie tel qu'il sort des cornues de distillation des usines à gaz. Voici ce que disait le Dr Brocq à une des dernières réunions de la Société de dermatologie et le procédé tres pratique qu'il signalait ainsi :

On badigeonne la partie suintante de coaltar au moyen d'un gros pinceau, puis on laisse sécher *aussi longtemps qu'il est possible* : vingt minutes, une demi-heure, rarement plus, parce que le malade perd patience : après quoi on saupoudre d'une bonne couche de poudre de talc, et on entoure d'une bande de gaz sans apprêt. Deux ou trois jours après on recommence. En général, trois applications de coaltar suffisent : rarement on est amené à en faire quatre ou cinq et toujours les eczémas suintants les plus fréquents, eczémas séborrhéiques, eczémas psoriasiformes irrités, se trouvent excessivement bien de ce traitement.

On le poursuit, après le coaltar, au moyen des pâtes des pommades et des poudres à l'oxyde de zinc ; la guérison est rapide.

Le coaltar a l'avantage de coûter très peu de chose : 50 centimes le kilogramme tandis que le baume Baissade revient à 16 francs pour le même poids, ce qui permettrait aux administrations hospitalières de faire de grandes économies si cet emploi du coaltar se généralisait.

L'inconvénient de tacher la peau en noir et d'avoir une odeur un peu désagreable empêche de l'appliquer sur les parties découvertes du corps. Mais, à part ce défaut, les résultats constatés sur les neuf malades présentés par M. Brocq

sont très démonstratifs. Et si l'on interroge les patients eux-mêmes on les trouve très satisfaits du médicament (*La Clinique*, 11 déc. 1908, p. 796.)

Contre la séborrhée squameuse grasse du visage.

Soufre précipité.........	1 gr.
Résorcine..............	1 gr.
Vaseline................	12 gr.
Lanoline................	12 gr.
Huile de cade...........	5 gr.
Goudron liquide........	5 gr.
Huile de bouleau.......	1 gr.

Faire des applications *douces* de ce mélange sur les parties malades qui sont le siège de desquamation. (*Bull. gén. de thér.* 30 août 1908.)

Elixir dentifrice au thymol.

Cochenille pulvérisée	50 gr.
Alun calciné........	10 gr.
Alcool.............	1.000 gr.
Essence de menthe..	10 gr.
Essence d'anis......	V goutt.
Essence de rose.....	X goutt.
Thymol............	1 gr.
Saccharine.........	0 gr. 15

F. S. A.

Elixir dentifrice dont on usera comme d'un autre dentifrice en en mettant quelques gouttes dans l'eau de lavage destinée aux soins de la bouche. (*Ibidem.*)

L'ichthyose et son traitement.

(L. DELMAS.)

L'ichthyose est une maladie cutanée caractérisée par la production de masses épidermiques, en forme de plaques ou d'écailles plus ou moins épaisses et de coloration plus ou moins foncée ; elle se montre ordinairement chez les individus présentant une grande sécheresse de la peau.

Cette affection est héréditaire puisqu'elle débute pendant la vie intra-utérine, mais elle n'est pas à proprement parler congénitale, car la maladie n'apparaît presque jamais avant l'âge de deux ans ; il est probable que la peau se trouve, dès la naissance, dans des conditions qui favorisent son développement. Cette variété, qu'on appelle l'ichthyose congénitale, est donc très rare ; ainsi croyons-nous devoir relater le cas suivant publié par le Dr Jamieson (1).

Il s'agit d'un enfant de huit mois, sans antécédents héréditaires qui présente des plaques ichthyo-iques de la paume des mains et de la plante des pieds et une sécheresse très grande de toute la peau, l'hyperkératose s'accompagne en même temps de phénomènes inflammatoires avec éruption vésiculo-pustuleuse, notamment au cuir chevelu. L'enfant est nourri par sa mère et a une tendance à la diarrhée. Traitement : application deux fois par jour d'une pommade à la résorcine glycérinée. Amélioration. Un an après, l'enfant meurt, probablement de phénomènes toxiques.

Au point de vue anatomo-pathologique, l'affection doit être considérée comme une hypertrophie considérable de l'épiderme, ou plutôt, selon l'expression de Thibierge, comme une hyperkératose avec atrophie des parties profondes de la couche muqueuse.

Quant au traitement, il consiste surtout dans l'application de corps gras : la glycérine, à cause de ses propriétés hygroscopiques, semble être l'excipient par excellence ; mais elle ne peut être employée seule à cause de son action irritante. On lui adjoint de la résorcine, et le mélange de ces deux produits donne de bons résultats. Enfin, les médicaments internes sont peu employés ; seule, l'huile de foie de morue, administrée à petites doses, peut être efficace. (*La Clinique*, n° 10, 6 mars 1908.)

Sur le traitement du chancre mou et des bubons inguinaux.

(ARNING.)

L'auteur traite le chancre mou par des irrigations de solution de permanganate de potasse à 48° faites pendant une heure par jour. Il suffit de pratiquer ce traitement pendant quatre jours consécutifs. Les ulcérations sont alors bien nettoyées et guérissent rapidement

(1) Clinical remarks on ichthyosis and its treatment. (*Brit. med. journ.*, London, 1907, I, 362-364.)

par un traitement antiseptique ordinaire. L'examen bactériologique de 63 cas a montré que déjà après deux lavages on ne trouve plus de streptobacilles dans aucun cas. D'après une statistique comprenant 300 cas, la moyenne de la durée de la guérison s'élève à 14,6 jours. Sous l'influence de ce traitement les bubons rétrocèdent spontanément.

Pour le bubon inguinal l'auteur rejette le grattage opératoire des ganglions inguinaux. Il a obtenu de bons résultats par les ponctions. Le bubon est incisé avec un bistouri pointu, on exprime le contenu purulent, on lave ensuite largement la cavité du ganglion avec une solution d'acide phénique à 5 p. 100 qu'on injecte avec une seringue et qui agit comme désinfectant et analgésique, on élimine ainsi toutes les parcelles nécrosées. On injecte ensuite une émulsion glycérinée d'iodoforme 10 p. 100 et on applique un pansement compressif avec de la gaze. 76 p. 100 des cas ont demandé une moyenne de quinze jours pour guérir et cette guérison a été obtenue sans cicatrice et sans grande destruction. 40 cas, qui ont dû être opérés dans la suite, ont demandé beaucoup plus longtemps pour guérir. (*Munch. med. Woch.* 10 nov. et *Rev. de Thér. méd. chirurgicale,* p. 853, 1908.)

La sérothérapie du zona.

(Van de Lanoitte.)

On sait que le professeur Landouzy range le zona parmi les maladies infectieuses analogues aux fièvres éruptives ; il distingue la fièvre spécifique des éruptions zostériformes symptomatiques, et admet que la première confère l'immunité, ce que dit également le Dr Thomas, dans le *Dictionnaire Labarthe*. Le professeur Debove croit également que le zona est de nature infectieuse, d'après ce que déclare le Dr Louis, de Moreuil (dans la *Chronique médicale* de 1907, p. 296), lequel signalait qu'il en soignait cinq cas en même temps, alors qu'il n'en avait pas vu depuis deux ans. « Cette maladie, dit-il, pourrait donc être épidémique et avoir comme autrefois une période de virulence et de contagiosité extrêmes. Le feu de Saint-Antoine en Champagne, de Saint-Laurent en Picardie, c'est tout simplement le zona ».

Le Dr Malphettes, d'Albi, prétend aussi que, dans son pays, le feu de Saint-Antoine, c'est le zona.

Le Dr Couture, de Mons, en signale une série qui paraît épidémique dans les *Annales médico-chirurgicales du Hainaut* (1907, p. 173.)

Dans le *Scalpel*, de Liége (nº du 22 septembre 1907), le Dr Halkin, considérant l'analogie qui existe entre les dermatoses infectieuses de la syphilis, de la tuberculose de la lèpre et du rhumatisme aigu, écrit que le zona semble bien être une maladie infectieuse.

Dès lors, pourquoi ne finirait-on pas par trouver un serum curatif et peut-être un vaccin ?

Un de mes clients prétend avoir eu le zona, appelé à Verviers, « feu de ceinture » et avoir été guéri en buvant, dans de l'eau, quelques gouttes de sang d'une femme qui avait déjà eu cette maladie, son sang à lui aurait servi à guérir des femmes atteintes du zona. Ce serait donc de la sérothérapie, mais il faudrait, paraît-il, le sang d'un homme pour guérir les femmes et *vice versa.* (La *Chron. méd.*, nº 7, 1er avril 1908.)

Emploi de l'arsacétine d'Ehrlich dans le traitement de la syphilis.

(Neisser.)

L'auteur se défend de vouloir détrôner le mercure qui continue à rester le médicament capable de tuer le virus. Chez l'animal, toutefois, l'atoxyl est supérieur à l'hydrargyre, toujours mal supporté. Mais l'atoxyl, employé chez l'homme, s'est montré moins efficace que le mercure en présence des accidents primaires et secondaires ; il est vrai qu'en cas de formes malignes et d'accidents tertiaires, les résultats ont été parfois excellents. En outre, les accidents graves (atrophie du nerf optique, etc.) que des traitements même à des doses raisonnables ont provoqués, ont rendu prudents les

expérimentateurs du produit nouveau.

Neisser fait remarquer que dès le début les savants français (Hallopeau, etc.) ont reconnu que la préparation allemande présentait des dangers que le produit français n'offrait pas. Pour Neisser, il existe deux explications du fait : ou bien le produit allemand contient d'emblée des substances accessoires toxiques, ou bien le mode de conservation défectueux a provoqué l'apparition, dans une solution inoffensive d'atoxyl, d'agents nocifs.

Ehrlich se mit à la recherche d'une préparation moins dangereuse ; il commença par établir que la formule chimique adoptée pour l'atoxyl était erronée, et en partant de la formule vraie, est arrivé à l'arsacétine (sel sodique de l'acide acétyl paramido-phényl-arsinique). Les solutions du produit nouveau présentent une stabilité remarquable et peuvent être stérilisées à 130° à l'autoclave sans se décomposer.

Neisser a utilisé l'arsacétine pendant plusieurs mois à Batavia et à reconnu qu'elle est beaucoup moins toxique que l'atoxyl et au moins aussi efficace que ce dernier. Les solutions ne se décomposent pas, même à la longue. Malgré un nombre considérable de cas traités, l'auteur n'a jamais enregistré d'accidents accessoires ; chez la femme, le produit peut toutefois provoquer dans quelques cas de la gastralgie, que l'administration de magnésie calcinée, avant l'injection et quatre à cinq heures après, enraye facilement.

L'arsacétine ne doit pas être employée dans le cas où existent des lésions parenchymateuses (myocardite, par exemple).

L'auteur injecte, deux jours de suite par semaine, 0.6 grammes d'arsacétine, pendant dix semaines au plus. La solution est à 10 ou 15 p. 100 ; dans ce dernier cas, il faut chauffer la solution avant de l'injecter. En même temps, l'auteur injecte de l'huile grise ou du calomel, ou prescrit des frictions.

En résumé, on possède dans l'arsacétine un produit supérieur à son aîné et destiné à rendre de grands services. (*Deutsch. med. Woch.*, n° 35, 1908 et *Rev. de thér. med. chir.* p. 851.)

Traitement de début de l'alopécie arthritique.

(Henri FOURNIER.)

Eviter de mouiller habituellement les cheveux avec de l'eau et absorber fréquemment la transpiration qui baigne le cuir chevelu avec des lotions à l'eau de Cologne.

Une fois par mois, loin de toute source de lumière artificielle pour éviter les accidents, faire un nettoyage de la tête si le cuir chevelu est moyennement gras avec une petite quantité d'éther de pétrole, ou si on tient absolument à pratiquer un savonnage, faire ce dernier avec de l'eau très chaude et un savon à l'ichthyol de bonne marque, mais dans ce cas et afin d'assécher plus rapidement la racine des cheveux à laquelle est nuisible l'eau qui l'imbibe, absorber cette dernière à l'aide d'une lotion à l'eau de Cologne, afin de faciliter la rapidité de l'évaporation.

En tout temps faire tous les deux ou trois jours une lotion du cuir chevelu pendant quelques minutes avec une petite éponge ou une brosse douce à brillantine et à l'aide du mélange ci-dessous :

Teinture de capsicum annuum............	ãã 100 gr.
Teinture de pyrèthre...	
Alcoolat de Fioravanti .	

S'il y a des démangeaisons remplacer de temps à autre cette lotion par la suivante :

Hydrate de Chloral.......	3 gr.
Alcool à 60°.............	300 gr.

Si ces lotions assèchent trop le cuir chevelu, passer une demi heure après leur application à l'aide d'une brosse douce la brillantine ci-après :

Résorcine...........	0 gr. 50
Essence de néroli....	XXX goutt.
Huile de camomille...	50 gr.
Alcool à 90°.........	70 gr.

Donner au sujet, pendant une longue période, vingt jours par mois environ, aux deux principaux repas, une composition de soufre et lithine, par exemple, trois granules de Turquety au sulfure de lithium lithiné.

De temps à autre, si le malade est un peu anémié ou fatigué, rem-

lacer cette dernière préparation ar un composé arsenical, par exemle une cuillerée à soupe quotiienne de la solution :

Arsénate de soude .... 0 gr. 10
Eau distillée.......... 300 gr.

Faire fonctionner la peau du rese du corps par des bains alcalins ou des frictions au gant de flanelle imbibé d'une composition aromatique. Prescrire un exercice modéré réchauffer les extrémités, conseiller le port de vêtements légers et chauds et avant tout organiser un régime alimentaire substantiel, mais d'où seront exclus les liquides alcooliques et une nourriture carnée trop riche ou abondante. (*Formulaire en préparation.*)

VARIÉTÉS

Le spirochætol.

Voilà un nom de médicament sur lequel on ne chicanera probablement pas longuement, car il est éminemment suggestif et tout à fait de circonstance. On ne le trouve ni dans le nouveau codex ni dans les dernières publications concernant la syphilis ; mais il est employé avec succès, oh ! combien ! par un praticien que nous nous garderons bien de nommer, parce qu'il ne nous en a nullement donné l'autorisation et parce que nous l'avons tout simplement trouvé au coin d'une ordonnance octroyée à un de nos malades qui, atteint d'une affection spécifique ancienne compliquée de tuberculose, est allé, à la prière des siens, lui demander des soins et une guérison qui tardait à venir.

Nous ne saurions priver nos lecteurs de la lecture du document et nous publions, en taisant le nom de l'auteur pour ne pas effaroucher sa modestie, ladite ordonnance dans son intégralité :

Paris, le..........

Institut.........,
Rue et n°........
Téléphone n°....

1° *26* (1) révulsifs X... à appliquer à raison de *2* tous les *3* jours, loin les uns des autres : on les laissera en place *6* à *10* heures ;

2° Eviter toute fatigue :

12 h. de lit la nuit ;

6 h. de chaise longue dans la journée (2).

3° Suraliment X..., *6* cuillerées à soupe par jour en plus de la

(1) Ce qui est en italique est ajouté à l'encre noire. Le reste est rédigé à l'autocopiste.

(2) J'aime cette chaise longue chez un pauvre diable frotteur de son état.

nourriture habituelle, soit 3 cuillerées à soupe le matin 10 heures et 3 autres le soir vers 5 heures, délayé à chaud froid (de préférence à froid) dans du lait ou de l'eau ;

4° Elixir X... : une, puis deux cuillerées à soupe à la fin trois repas principaux dans un demi-verre d'eau ;

5° Spirochætol X... : deux cuillerées à soupe 5 minutes après deux repas principaux ;

6° *Spirochœtol en pommade, en frictions prolongées le soir au cher sur les plis des coudes ou les aînes ou les creux poplités ventre avec gros comme une ou deux noisettes le soir au coucher.*

Dr X..., 15-9-0

Il est bien entendu que la consultation a été purement gratuite mais les médicaments prescrits ont coûté la petite misère 25 francs.... la première fois.

La fois suivante, on a payé une quinzaine de francs de supplément.

Les expériences se poursuivront, paraît-il, sur une large échelle avec le Spirochætol du Dr X..., car sa clinique ne désemplit pl depuis qu'on est édifié sur la valeur de la méthode.

A quand le Tréponémol ? H. F.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Microbiologie de la syphilis.

BÉRIEL et FAVRE. — Le tréponème de Schaudinn et les lésions pulmonaires des nouveau-nés. (*Lyon méd.*, n° 47, 25 nov. 1906.)

DE BEURMANN et GOUGEROT. — Spirochètes pathogènes et saprophytes (*Bul. Soc. méd. Hôp.*, n° 27, 1er août 1907.)

CAPPELLI. — Ricerche sulla spirochaeta pallida nei sifilomi primitivi e in alcune dermatosi sifilitiche. (*Giorn. ital. d. mal. ven.*, fasc. III, 1908.)

HALLOPEAU. — Sur les différentes voies de propagation secondaire du tréponema pallidum ; leur rôle dans l'expression symptomatique de la maladie et la possibilité de leur mettre obstacle par des traitements locaux atoxyliques. (Acad. de méd., 21 juil. 1908 ; in : *Presse méd.*, n° 59, 22 juil. 1908.)

HALLOPEAU. — Les voies de propagation du tréponème, leur rôle dans l'expression symptomatique de la syphilis ; influence du traitement local atoxylique. (Acad. de méd., 15 juil. 1908 ; in : *La Clinique*, n° 30, 24 juil. 1908.)

H. JACQUET et SÉZARY. — Des formes atypiques et dégénératives du tréponème pâle. (*Bul. Soc. méd. Hôp.*, n° 4, 7 févr. 1907.)

QUÉRY. — Le microorganisme de la syphilis. (*Quinz. thér.*, 25 mai 1907.)

RAVAUT et PONSELLE. — Recherches sur la présence du spirochète pallida .ans le système nerveux de l'homme au cours de la syphilis acquise et hérédi-aire. (*Bul. Soc. méd. Hôp.*, n° 36, 19 déc. 1907.)

Chancre syphilitique.

BLEIMAN. — Chancre of the rectum. (Manhat. derm. Soc., Jan. 10, 1908 ; in *J. of cut. dis.*, sept. 1908.)

BONNET et BÉRARD. — Gangrène de la verge occasionnée par un chancre :yphilitique. (Soc. nat. de méd. Lyon, 24 juin 1907 ; in : *Lyon méd.*, n° 33, 18 ιoût 1907.)

BONNET et COURJON. — Chancres multiples. (Soc. d. Sc. méd. de Lyon, 11 ιov. 1908 ; in : *Lyon méd.*, n° 50, 13 déc. 1908.)

CIARROCCHI. — Su di una linfangioite superficiale, reticolare e raggiata: moniliforme, satellite di un sifiloma iniziale dell'areola mammaria. (Soc. derm. ital., 20 déc. 1907 : in : *G. ital. d. mal. ven.*, fasc. II, 1908.)

COCKS.— Chancre of the lower lip. (Manhat. derm. Soc., Febr. 7, 1908 ; in *J. of cut. dis.*, Nov. 1908.)

FROMENT et ROME. — Chancre induré du nez. (Soc. d. Sc. méd., Lyon, 21 juin 1908 ; in : *Lyon méd.*, n° 45, 8 nov. 1908.)

GUICHARD. — Chancre du nez ; synéchie de la cloison et du cornet inférieur et obstruction du canal nasal consécutives. (*Rev. h. de lar. ot. et rhin.*, n° 39, 28 sept. 1907.)

GUILLAIN et RENDU. — Association d'une angine à tétragènes avec un chancre syphilitique de l'amygdale. (*Bul. Soc. méd. Hôp.*, n° 7, 28 févr. 1907.

OCHS.— Chancre of the anus. (Manhat. derm. Soc., Dec. 6, 1907 ; in : *J. of cut. dis.*, July 1908.)

PISKO. — Chancre of the rectum (two cases). (Manhat. derm. Soc., Jun. 10, 1908 ; in : *J. of cut. dis.*, Sept. 1908.)

POIRIER.— Un cas de chancre du doigt. (*Bul. Soc. bel. D. et S.*, 8e an., n° 2, 1907-1908.)

TOWLE.— Extragenital chancre. (Boston derm. Soc., Apr. 1907 ; in : *J. of cut. dis.*, Jan. 1908.)

Traitement de la syphilis (Varia).

DE AMICIS. — Sulla nessuna efficacia della Rœntgenterapia nelle affezioni sifilitiche. (Soc. derm. ital., 20 déc. 1907 ; in : *G. ital. d. mal. ven.*, fasc II, 1908.)

BOUVEYRON. — Mercure à dose décroissante. (Soc. d. Sc. méd. Lyon, 9 mai 1907 ; in : *Lyon méd.*, n° 33, 18 août 1907.)

CLAISSE et JOLTRAIN. — Emploi du mercure colloïdal en injections intraveineuses et intra-rachidiennes et son mode d'action. (*La Clinique*, n° 32, 7 août 1908.)

HORAND (R.). — Nouvelle seringue toute en verre, avec curseur pour injections d'huile grise à 40/100. (Soc. d. Sc. méd. Lyon, 7 nov. 1907 ; in : *Lyon méd.*, n° 47, 24 nov. 1907.)

KANITZ. — Ueber die interne Behandlung der Syphilis mit Mergal. (*I. Zeitschr.*, B. XIV, H. 7, Juli 1907.)

H. MAYER. — Ueber schmerzlose, intramuskuläre Quecksilberinjektionen mit besonderer Berücksichtigung eines Quecksilbernatriumglycerates. (*M. f. pr. D.*, B. 46, n° 12, 15 Juni 1908.)

M. OPPENHEIM. — Der gegenwärtige Stand der Lehre und der Therapie der Syphilis. (Med. Klinik, 6, 1908 ; an. in : *D. med. Zeit.*, n° 61, 30 Juli 1908.)

POROSZ. — Die Behandlung der Syphilis mit Encsolinjektionen. (*M. f. pr. D.*, B. 46, n° 12, 15 Juni 1908.)

QUEYRAT. — Sur les injections d'huile grise. (*Bul. Soc. méd. Hôp.*, n° ... nov. 1906.)

QUEYRAT. — Une nouvelle formule d'huile grise. (*Bul. Soc. méd. Hôp.* ... 14 févr. 1907.)

ROBBINS. (H. A.). — Symptomatology of syphilis. Treatment of syphilis at the hot springs of Arkansas. (*Amer. J. of D.*, sept. 1908.)

SENSINI. — Sulla solubilita del salicilato di mercurio nelle soluzioni di cloruro di sodio. (*Giorn. ital. d. mal. ven.*, fasc. IV, 1908.)

VILANOVA. — Tratamiento de la sifilis por el aceite gris. (*Rev. de med. y ...* n° 5, Mayo 1907.)

Atoxyl.

BOUVEYRON. — De l'atoxyl dans le traitement de la syphilis. (Soc. des sc. méd. Lyon, 24 avr. 1907 ; in : *Lyon méd.*, n° 33, 18 août 1907.)

DARDEL. — Atoxyl in the treatment of syphilis. (*Amer. J. of D.*, June 19..)

DEFINE. — Grave caso di sifilide maligna curato con le polveri del Pollini e con l'atoxyl. (Soc. derm. ital., 20 déc. 1907 ; in : *G. ital. d. mal. ven.*, fasc. I, 1908.)

FOURNEAU. — Sur les emplois de l'atoxyl. (*Biologie méd.*, n° 4, avr. 19..)

HALLOPEAU. — Retard de 7 mois de la roséole chez un malade traité au début par l'atoxyl et les frictions mercurielles. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 3, mars 1908.)

UHLENBLUTH, E. HOFFMANN et WEIDANZ. — De l'action préventive de l'atoxyl à l'égard de la syphilis expérimentale du singe et du lapin. (*Mun. med. Woch.*, 26 sept. 1907.)

VINAY. — L'atoxyl en thérapeutique. (*Lyon méd.*, n° 49, 8 déc. 1907.)

Accidents du traitement de la syphilis.

DADE. — Subcutaneous abscesses from the intramuscular injections of mercury. (N. Y. derm. Soc., Apr. 28, 1908 ; in : *J. of cut. dis.*, Sept. 1908.)

DUBOIS-HAVENITH. — L'huile grise et la colique thoracique de Mil... (*Presse méd. belge*, n° 47, 24 nov. 1907.)

EMERY. — Diagnostic des accidents intestinaux d'origine mercurielle. (*La Clinique*, n° 31, 31 juil. 1908.)

LETULLE. — Stomatite mercurielle par injections réitérées d'huile grise. Mort. Autopsie. (*Bul. Soc. méd. Hôp.*, n° 33, 22 nov. 1906.)

LETULLE. — La glossite mercurielle. (*Bul. Soc. méd. Hôp.*, n° 16, 16 ma 1907.)

NICOLAS et Paul GAUTHIER. — Iodurides à forme acnéique et ecthyma teuse chez une syphilitique ancienne. (Soc. d. Sc. méd. Lyon, 5 juin 1907 ; in *Lyon méd.*, n° 37, 15 sept. 1907.)

ŒTTINGER et FIESSINGER. — Intoxication mercurielle mortelle consécutive à des injections d'huile grise. (*Bul. Soc. méd. Hôp.*, n° 5, 14 févr. 1907.)

SNOECK. — La stomatite mercurielle. (Soc. clin. d. Hôp., Bruxelles, 11 mai 1907 ; in : *Presse méd. belge*, n° 21, 26 mai 1907.)

THIROLOIX. — Hydrargyrisme aigu mortel, après absorption d'une dose infime de mercure. (*Bul. Soc. méd. Hôp.*, n° 27, 1er août 1907.)

Bubon.

AMENDE (Dietrich). — Ein Fall von Ulcus venereum des Fingers mit cubitaldrüsen-Bubo. (*Derm. Centralbl.*, n° 5, Febr. 1906.)

BROESE VAN GRŒNOU. — Du traitement des bubons suppurés. (*Rev. prat. des mal. cut.*, n° 5, mai 1906.)

JENSEN. — Ein Beitrag zur Behandlung der Inguinalbubonen. (*Arch. f. D. u. S.*, XCII B., 1 u. 2 H., Okt. 1908.)

B. LIPSCHUTZ. — Beitrag zur Pathogenese der venerischen Bubonen (*Arch. f. Derm. Syph.*, LXXVII, B., 2 u, 3 H., nov.-déc. 1905.)

MINASSIAN. — Zur Behandlung des Bubo inguinalis. (*Riv. veneta*, VI, 1908, *u. D. med. Zeit.*, n° 6 3, 6 Aug. 1908.)

ROBBINS (H. A.). — Chancre, chancroid and bubo. (*Amer. J. of D.*, July 1908.)

ZEUNER. — Behandlung des Bubo und Karbunkels ohne grosse Inzisionen. (*Deutsche med. Zeit.*, n° 74, 14 sept. 1905.)

Chancre mou.

BALZER et POISOT. — Grands chancres mous gangréneux cruro-vulvaires ; association de la symbiose fuso-spirillaire de Vincent avec le bacille de Ducrey. (*Bul. Soc. fr. D. et S.*, n° 6, juin 1906.)

CORTONA. — L'europhène dans le traitement des chancres mous. (*Rif. med.*, n° 4, 27 janv. 1908.)

EMERY. — Quelques traitements simples et efficaces du chancre mou. (*Clinique*, n° 17 *bis*, 15 mai 1906.)

GRAVAGNA. — Transmissibilité du chancre mou aux animaux. (*Il Tommasi* 20 juin 1906.)

GRIFFON et F. DEHÉRAIN. — Chancre mou de l'index, abcès lymphangitique chancrelleux à distance. (*Bull. Soc. fr. Derm. et syph.*, n° 8, nov. 1905.)

LECONTE. — Sur une épidémie de chancres mous à Lille. (*Echo méd. Nord*, n° 49, 3 déc. 1905.)

MINNE. — Bactériologie du chancre mou. (*Ann. de la Soc. de méd. de Gand*, LXXXV, 4, 1905.)

MINNE et SCHINCKEL. — L'uréthrite par chancre mou. (*Ann. de la Soc. de méd. de Gand*, LXXXV, 4, 1905.)

QUEYRAT et BRICOUT. — Chancrelle de l'index. (*Bul. Soc. méd. Hôp.*, n° 2, 2 juill. 1908.)

QUEYRAT et PINARD. — Chancre mou extra-génital. (Soc. méd. des Hôp., 6 juill. 1906. ; in : *Presse méd.*, n° 55, 11 juill. 1906.)

RICKLIN. — Etiologie et traitement du chancre mou et de ses complications. (*Rev. intern. de clin. et thér.*, n° 6, 20 juin 1906.)

VENTURA. — A propos du diagnostic de l'ulcère vénérien et de son traitement. (*Gaz. d. Osped.*, n° 2, 5 janv. 1908.)

Uréthrites.

G. W. ALLEN. — A case of papillomatous urethritis. (*Amer. Journ. of Derm.*, March 1905, n° 2.).

S. GROSZ. — Ueber nichtgonorrhoische Urethritis. (*Arch. f. Derm. u. Syph.*, LXXV B., 1 H., mai 1905.)

H. C. MOORE. — Non-specific urethritis. (*Amer. J. of D.*, June 1908.)

PANICHI. — Contributo allo studio delle uretriti non blenorragiche (uretriti uriche). (*Journ. ital. d. mal ven.*, fasc. IV, 1904.)

ROUCAYROL. — De l'utilité d'un suspensoir de la verge dans l'uréthrite aiguë. (*Clinique*, 27 déc. 1907.)

VANNOD. — Urethritis acuta staphylococcica. (*Korr. Bl. f. Schweizer. Aertzte* 17, 1905.)

F. v. VERESS. — Ueber einige Fälle von Urethritis traumatica. (*Monatsh. f. prakt. Derm.*, B. 42, n° 6, 15 märz 1906.)

WILLIAMS (T. W.). — A better treatment for urethral diseases. (*Amer. J. of D.*, June 1908.)

Rétrécissements de l'urètre.

J. AVERSENQ.— Des procédés de dilatation électrolytique dans les rétrécissements de l'urèthre . (*Journ. de Physioth.*, n° 21, 15 sept. 1904.)

BATUT. — Rétrécissements de l'urèthre et complications. (*Bul. Soc. méd.-chir.*, Drôme et Ardèche, n° 12, déc. 1906.)

BREDA. — Della uretrotomia interna contro gli stringimenti. (Soc. derm. ital. ; in : *Giorn. ital. d. mal. ven.*, fasc. II, 1908.)

E. DESNOS. — Dilatation électrolytique de l'urètre. (*Progrès méd.*, n° 25, 18 juin 1904.)

GALLOIS. — Traitement des rétrécissements de l'urètre par l'électrolyse. (*Nord méd.*, 15 mars 1906.)

GUIARD. — Nouvelle méthode d'urétrotomie interne. (Daix et Thiron. Clermont, Oise, 1908.)

P. LEBRETON. — La dilatation mécanique des rétrécissements de l'urèthre. (*Rev. prat. des mal. des org. gén.-urin.*, n° 4, 1er sept. 1904.)

H. MINET. — Résultats de la dilatation électrolytique rapide des rétrécissements de l'urèthre. (*Rev. pr. d. mal. d. org. gén-ur.*, n° 21, 1er juil. 1907.)

G. MORGAN MUREN. — The conservative treatment of urethral stricture. (*Med. Record*, March 17, 1906.)

HENRY G. SPOONER. — Stricture of the Male Urethra. (*Med. Record*,Oct. 17, 1903.)

TÉDENAT. — Des rétrécissements de l'urètre postérieur. (*Province méd.* n° 9, 3 mars 1906.)

WELBORN. — Strictures of the urethra. (*Amer. J. of D.*, June 1908.

Blennorrhagie. Gonocoque. Varia.

BIENENSTOCK. — The necessity of the Gram-Stain in Gonorrhea : its value in diagnosis. (*Amer. J. of D.*, oct. 1908.)

BLANC. — Un cas de tuberculose génitale primitive ayant évolué comme une blennorrhagie. (Soc. An. et Phys., 13 juin 1904 ; in : *Journ. méd. Bordeaux* n° 37, 11 sept. 1904.)

BRUCK. — Ueber spezifische Immunkörper gegen Gonococcen. (*Deutsch. med. Woch.*, n° 34, 1906.)

BRUCKNER et CRISTEANU. — Agglutination du gonocoque et du méningocoque de Weichselbaum par le sérum gonococcique. (Soc. de Biol., 19 mai 1906 ; in : *Progrès méd.*, n° 23, 9 juin 1906.)

BRUCKNER, CRISTEANU et CIUCA. — Sérothérapie de la septicémie gonococique expérimentale. (Soc. de Biol., 16 juin 1906 ; in : *Presse méd.*, n° 49, 20 juin 1906.)

CALDERONE. — Postumi della blenorragia uretrale sulla prostata rudimentale della donna. (*Giorn. ital. d. mal. ven.*, fasc. III, 1906.)

DESCHAMPS. — Fortschreiten des gonokokkus auf die hintere Harnröhre. .(Rev. de thér., 16, 1907 ; anal. in : *D. med. Zeit.*, n° 59, 23 Juli 1908.)

DOPTER et R. KOCH. — Sur la coagglutination du méningocoque et du gonocoque. (Soc. de Biol., 25 Juil,. 1908 ; in : *Presse méd.*, n° 61, 29 juil. 1908.)

DREYER. — Ein Fall von Gonorrhoe der Angeborenen dorsalen Penisfistel. (*Monatsberichte f. Urol.*, XI, 4, 1906.)

M. FAURE-BEAULIEU. — La septicémie gonococcique prouvée par la constation du gonocoque dans le sang circulant. (*Thèse de Paris*, 1906.)

FLAMINI. — Un cas de stomatite et de septicémie gonococcique chez un en fant de deux ans. (*Ped. prat.*, n° 5, 1er mars 1908.)

E. R. W. FRANK. — Die gonorrhoische Erkrankung der Vorsteherdrüse (*Monatschr. f. Harnkrankh. u. sex. Hyg.*, Jan. 1906.)

GRANDIN. — Gonococcal infection in Woman. (*Med. Record*, May 26, 1906.)

GURD. — The gonococcus as a factor in infections following abortion or full-term delivery. (*Amer. J. of Med. Sc.*, Dec. 1908.)

HARMSEN. — Eine Endemie von Colpitis gonorrhoica. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infections*, LIII, 1, 1906.)

HEGER-GILBERT. — La recherche du gonocoque en médecine légale. (Soc. roy. d. Sc. méd. et nat., Bruxelles, 1er juin 1908 ; in : *J. méd. de Bruxelles*, n° 33, 13 août 1908.)

LEISTIKOW. — Ein neuer Pinselapparat zur Behandlung der Urethritis gonorrrhoica anterior. (*Monatsh. f. pr. D.*, B. 43, n° 6, 15 sept. 1906.)

LOHNSTEIN. — Beiträge zur pathologischen Anatomie der chronischen, Gonorrhöe. (*Monatsber. f. Urol.*, Bd. 11, 1906, H. 2, 3 et 4.

LÖWENHEIM. — Ueber Exacerbation latenter Gonorrhoe nach der Ent[illegible] dung. (*Arch. f. D. u. S.*, LXXXIV B., 1-3 H., Apr. 1907.)
LUYS. — Comment on « tâte le pouls » à la blennorrhagie. (*Clin.*, n° 17 [illegible] 15 mai 1906.)
N. MEYER. — Ueber Anwendung des Bier'schen Sangverfahrens bei [illegible] Gonorrhoe. (Ver. f. inn. Med. Berlin. 16 Juli 1906 ; in : *Deutsche med. Z* n° 59, 23 Juli 1906.)
MULLER et OPPENHEIM. — Sur la présence d'anticorps dans le sérum [illegible] malade atteint d'arthrite blennorragique démontrée par la suppression complément. (*Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx.* n[illegible] juillet 1906.)
NAUMANN. — Sur la blennorragie maligne des nouveau-nés. (*Wien. kl. Woch.*, n° 50, 12 déc. 1907.)
ORLOWSKI. — Der gonorrhoische Nachkatarrh. (*Mon. f. pr. D.*, B. 46, n° [illegible] 1er juin 1908.)
PELAGATTI. — La costituzione anatomica del pus blenorragico. (*Jo[illegible] ital. d. mal. ven.*, fasc. III, 1906.)
PICKER. — Klinische Studien über den Gonokokkus. (*Wien. klin. Woch.*, [illegible] 1908.)
PINKUS (Félix). — Beitrag zur Statistik der Gonorrhœ-Infektion. (*M[illegible] f. pr. D.*, B. 46, n° 10, 15 mai 1908.)
PIORKOWSKI. — Un milieu de culture simple pour les gonocoques. (*Mün[illegible] med. Woch.*, n° 14, 7 avril 1908.)
POROSZ. — Die Ursachen des Penis-Odems bei akuter Blennorrhoe. (*Ar[illegible] f. D. u. S.*, XCII B., 1 u. 2 H., Okt. 1908.)
RACHFORD. — Vaginitis gonorrhoica bei Kindern. (Lancet Clinic., D[illegible] 1906 ; in : *D. med. Zeit.*, n° 63, 6 Aug. 1908.)
ROEDMANN. — Chronic gonorrhoeal Urethritis. (*Hahnem. Monthly*, n° [illegible], July 1906.)
SCHRIDDE, HERM. — Histologische Untersuchungen der Conjunctivitis gonorrhoica neonatorum. (*Ztschr. f. Augenheilk*, Bd. 14, 1905, H. 6, S. 52[illegible]-533, 1 Taf.
FR. SCHULTZ. — Gonorrhoische Lymphangitis und Gonococcenmetastasen ohne nachweisbare Schleimhaut-gonorrhoe. (*Deuts. med. Woch.*, n° 1, 19[illegible])
SPRECHER. — Ein Beitrag zur Cytologie des gonorrhoischen Eiters. (*Arch. f. D. u. S.*, LXXXIII B., 3 H., März 1907.)
ULLMANN. — Ueber Ursachen der Hartnäckigkeit der Gonorrhoe beim Manne. (*Wien. med. Presse*, 29 avr. 6, 20 et 27 mai 1906.)
WAUGH. — Gonorrhea. (*Amer. J. of D.*, sept. 1908.)
WINKLER. — Beiträge zu der Frage der paraurethralen gonorrhoischen Erkrankungen. (*Monatsb. f. Urol.*, Bd. X, H. 9, 1905.)
H. E. WOLF. — Gonorrhœal septicæmia. (*Cook County Hosp. Reports*, 190[illegible]. (Shephard, Chicago).

Blennorrhagie. Complications.

APERT et FROGET. — Blennorragie et phlegmon à gonocoques chez un garçon de dix mois.(Soc. de Pédiatrie, Paris, 15 mai 1906 ; in : *Presse méd.*, n° 41, 23 mai 1906.)

BALZER, FLEIG et TANSARD. — Epididymite blennorrhagique double avec suppuration. (*Bull. Soc. fr. D. et S.*, n° 4, avr. 1906.)

R. BLOCH. — Un cas d'arthrite gonococcique d'une articulation laryngée. (*Arch. intern. de laryng.*, n° 4, 1908.)

CABANNES. — Sur un cas de sinusite maxillaire avec dacryocystite à gonocoques chez un nouveau-né. (Soc. de méd. et chir., Bordeaux, 16 févr. 1906 : in : *Gaz. hebd. d. Sc. Bordeaux*, n° 13, 1er avr. 1906.)

CHIAVARELLI. — Peritonitis acuta diffusa gonococcica. (*Rivista Veneta*, VII u. VIII, 1908.)

CLAISSE. — Spondylose blennorragique. (*Bul. Soc. méd. Hôp.*, n° 4, 7 févr. 1907.)

COHN. — Ein Fall von paraurethraler Gonorrhoe. (*Deutsch. med. Woch.*, n. 1, 1907.)

COLOMB. — Traitement des épididymites blennorragiques par le compresseur ouaté du Dr Le Méhauté. (*Arch. de méd. Nav.*, n° 10, oct. 1906.)

H. DESPLATS et R. DESPLATS.— Arthrite et myosite suppurée blennorrhagiques traitées et guéries par les courants continus. (*Journ. des S. méd. de Lille*, n° 22, 2 juin 1906.)

DRUELLE. — Quelques cas d'iritis blennorrhagique. (*Ann. d. mal. vén.*, n° 12, déc. 1908.)

FERNET. — Les manifestations articulaires et para-articulaires de la blennorrhagie. (*Progrès méd.*, n° 48, 28 nov. 1908.)

FIESSINGER. — Des pyarthroses blennorragiques bénignes. (*J. des Prat.* n° 40, 3 oct. 1908.)

GUILLAIN et LAROCHE. — Spondylose blennorragique. (*Bul. Soc. méd. Hôp.* n° 3, 31 janv. 1907.)

HOUSSIAU. — De l'épididymite blennorrhagique et de son traitement opératoire avec sept observations recueillies. (*Ann. de la policli. centr. de Bruxelles*, 1907 et *Presse méd. belge*, n° 22, 2 juin 1907.)

JADASSOHN. — Ueber die Complicationen der Gonorrhoe. (*Urban. u. Schwarzenberg*, Berlin u. Wien. 1906.)

KINNEAR. — Acute and relapsing epididymitis. (*Amer. J. of D.*, oct. 1908).

LAPOINTE. — Traitement de la métrite blennorragique aiguë. (*Clinique*, n° 21, 25 mai 1906.)

LE ROUX. -- Iritis blennorrhagique. (*Année méd. de Caen*, n° 5, 1er mai 1907.)

N. MEYER. — Zur Frage der Gonorrhoischen Exantheme. (*Derm. Centralbl.*, n° 8, mai 1906.)

MUHLIG. — Une complication grave de la blennorragie aiguë. (*Munch. med Woch.*, n° 51, 17 déc. 1907.)

NICOLAS et DURAND. — Manifestations de la blennorragie sur les grands os des membres. (Soc. de Chir. Lyon, 28 févr. 1907 ; in : *Lyon méd.*, n° 21, 26 mai 1907.)

PAYENNEVILLE.— De la phlébite et thrombophlébite blennorrhagique des veines de la verge. (*Ann. d. mal. vén.*, n° 4, avr. 1908.)

PISSAVY et STÉVENIN. — Formes cliniques des complications médullaires de la blennorrhagie. (*Bul. Soc. méd. Hôp.*, n° 33, 28 nov. 1907.)

QUEYRAT. — Traitement de l'arthropathie blennorragique du genou. (*Bul. Soc. méd. Hôp.*, n° 27, 1er août 1907.)

STONE et MC DONALD.— The gonococcus in the puerperium. (*Surg. G. and Obstetr.*, févr. 1906.)

Blennorrhagie. Traitement.

ADAM.— Nouvelles expériences positives sur le traitement de la blennorrhée des adultes par la pommade au bleno-lenicet. (*Munch. med. Woch.*, n° 11 17 mars 1908.)

BORZECKI. — Einiges zur Frage der Behandlung der männlichen akuten Gonorrhoe. (*Arch. f. D. u. S.*, LXXXIV B., 1-3 H., Apr. 1907.)

R. DE CAMPAGNOLLE. — Ueber den Wert der modernen Instillationsprophylaxe der Gonorrhoe.(*Zeitsch. f. Bek. der Geschl.*,H. 1, Band. 3, Okt. 1904.)

CHRISTIAN. — Symptomatology and treatment of Gonorrhoea. (*Monthly Cycl.*, vol. I, n° 5, sept. 1908.)

JADASSOHN. — Ueber die Behandlung der chronischen Gonorrhoe des Mannes. (*Med. Klin.*, n° 18, 1907.)

LEVEN.— Thyresol, ein neues Präparat zur internen Gonorrhoetherapie (*Monatsh. f. pr. Derm.*, B. 47, n° 12, 15 Dez. 1908.)

NANCE. — Treatment of blennorrhoea of the lacrymal sac, with special reference to sac extirpation. (Illinois State med. Soc., May 15, 16 a. 17, 1906 ; in *Med. Record*, July 14, 1906.)

A. NEISSER. — Umfrage über Begriff und Behandlung der chronischen Gonorrhoe. (*Med. klin.*, n° 21, 1907.)

P. NEISSER. — Ueber Erfahrungen mit der antiseptischen Gonorrhoe-Therapie in der Praxis. (*Arch. f. D. u. S.*, LXXXIV B., 1-3 H., Apr. 1907.)

ORLOWSKI. — Ueber eine kombinierte Methode der akuten Gonorrhoebehandlung mittels Kalium permanganicum-und Argentum nitricum-Spülungen. (*Mon. f. pr. D.*, B. 47, n° 3, Aug. 1908.)

POLLAND. — Traitement abortif de la blennorragie avec succès. (*Wien klin. Woch.*, n° 6, 6 févr. 1908.)

V. LION. — Zur Abortivbehandlung der Gonorrhoe. (*Arch. f. D. u. S.*, LXXXIV B., 1-3 H., Apr. 1907.)

PURDY. — The local treatment of gonorrhœa by irrigation. (*Scott. med. a. surg. journ.*, May 1907.)

RICHTER. — Ueber interne Behandlung der Gonorrhoë. (*Medical Klinik*, n° 45, 1907.)

SCHATTMANN. — Zur Saughebandlung der Cervix-gonorrhoe. (*Arch. f. D. u. S.*, LXXXVIII B., 1 H., nov. 1907.)

SCHINDLER. — Ueber antiperistaltische Bewegung des Vas deferens und die Behandlung der akuten gonorrhoischen Urethritis posterior. (*Arch. f. D. u. S.*, LXXXV B., 1-3 H., mai 1907.)

SCHMINCKE. — Balneologische Behandlung der chronischen gonorrhoischen Adnexerkrankungen der männlichen Genitalien. (*Ztschr. f. Urol.*, 7 1908.)

SCHWARZ. — Ein neues Heilmittel der Gonorrhoë. (*Fortschr. d. Med.*, n° 11, 10 mai 1906.)

SECCHI. — Osservazioni cliniche sulle artriti blennorragiche e loro cura con il metodo Bier. (*Riforma med.*, 12 et 19 mai 1906.)

SMEDLEY. — Urethral irrigations in conjunction with urethral divulsion in the treatment of urethral strictures by a new retrojector. (*Amer. J. of D.*, 1908.)

STEIN. — Traitement de la blennorragie et recherche du gonocoque. (*Wien. klin. Woch.*, n° 3, 16 janv. 1908.)

STENCZEL. — Contribution à l'étude et au traitement de la prostatite blennorragique chronique non compliquée. (*Wiener klin. Woch.*, n° 18, 3 mai 1906.)

STREBEL. — Die Aspirationsbehandlung der chronischen Gonorrhoe· (*Derm. Zeitschr.*, B. XIII, H. 6, Juni 1906.)

STREBEL. — Die Behandlung der chronischen Gonorrhoe mittels Glimmlicht. (*Wien. med. Presse*, 1905, n° 53.)

SUDNIK. — Traitement de la blennorrhagie et de ses complications par les courants de haute fréquence. (*Argentina med.*, 21 avr. 1906 et *J. de Physioth.*, n° 43, 15 juil 1906.)

TAUFFER. — Die Bedeutung der Geschlechtsfunktion in der Therapie der Gonorrhoe beim Manne. (*Arch. f. D. u. S.*, LXXXV B., 1-3 H., mai 1907.)

TITUS. — An improved treatment of gonorrheal arthritis (so-called gonorrheal rheumatism. (*Med. Record*, July 25, 1908.)

WINKLER. — Ueber die Verwendung der Aspiration in der Gonorrhoetherapie. (*Monatsh. f. prakt. Derm.*, B. 47, n° 11, 1 Dez. 1908.)

WINTER. — Irrigations in Gonorrhea. (*Amer. J. of D.*, sept. 1908.)

ERRATUM

A la page 843, lire lupus « pernio » et non « pénien ».

Table des Mémoires originaux et du Recueil de faits

DE L'ANNÉE 1908

TABLE GÉNÉRALE DES MATIÈRES

DE L'ANNÉE 1908 (1)

(1) Voir page 967 la table des Mémoires originaux et du Recueil de faits.

TABLE SOMMAIRE DES INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

DE L'ANNÉE 1908

TABLE DES NOMS D'AUTEURS

DONT LES PUBLICATIONS ONT ÉTÉ INSÉRÉES, ANALYSÉES OU CITÉES

DANS LE TOME DIX-NEUVIÈME

